

Tuija Lindholm

AVH-POTILAAN KUNTOUTUSOHJAUSPROSESSI ERIKOIS-
SAIRAANHOIDOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON
TOIMIJOIDEN NÄKÖKULMASTA

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
2015

AVH-POTILAAN KUNTOUTUSOHJAUSPROSESSI ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON

Lindholm, Tuija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Lokakuu 2015
Ohjaaja: Leppänen, Erja
Sivumäärä:60
Liitteitä:1

Asiasanat: Aivoverenkiertohäiriöt, kuntoutusohjaus, terveydenhuollon porrasteisuus, hyvä kuntoutuskäytäntö

Yhteiskunnallisesti aivoverenkiertohäiriöt ovat kansanterveydellinen ongelmamme. Vuosittain noin 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein kansantautimme. Elinikäiset hoitokustannukset ovat noin 86 000 € sairastunutta kohden. Kokonaisuudessaan aivoverenkiertohäiriöiden kustannusten osuus on 7 % koko terveydenhuollon kustannuksista. Laskelmien mukaan aivoverenkiertohäiriöt lisääntyvät tulevaisuudessa. Ennusteen mukaan tarvitaan 100 uutta vuodeosastopaikkaa aivoverenkiertohäiriöpotilaille, jos sairauden ennaltaehkäisyä, akuuttihoitoa ja varhaisvaiheen kuntoutusta ei tehosteta.

Opinnäytetyössäni lähestyin ongelmaa kuntoutuksen tehostamisen näkökulmasta. Kuntoutusprosessin kokonaisuuden hallinta aivoverenkiertohäiriöpotilailla tehostaa kuntoutusta ja siten välillisesti laskee aivoverenkiertohäiriöiden kokonaiskustannuksia. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutusprosessin nykytilaa sekä kehittämistarpeita erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon Pirkanmaalla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää prosessin toimijoiden (AVH-yhdyshenkilöt ja Taysin kuntoutusohjaaja) työnjakoa, toimenkuvaa sekä yhteistyön sujumista.

Tutkimusaineisto koostui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella terveystieteiden tutkimuskeskuksissa toimivien AVH-yhdyshenkilöiden E-kyselystä sekä Taysin kuntoutuksen vastuuyksikön kuntoutusohjaajan haastattelusta. E-kysely rakentui AVH-yhdyshenkilöille tarkoitetun käsikirjan mukaan ja haastattelu toteutettiin kyselyn pohjalta. Tutkimustulokset esitettiin kuvaten AVH-yhdyshenkilöiden käsityksiä toiminnasta tilastollisin menetelmin sekä kuvaillen toimijoiden näkemyksiä prosessin toimivuudesta ja kehittämistarpeista.

Tutkimustulosten mukaan AVH-yhdyshenkilötoiminnalle kaivataan kehittämistoimenpiteitä sekä näkyvyyttä. AVH-yhdyshenkilötoiminnasta on olemassa viitteellinen toimenkuva, mutta tulosten perusteella AVH-yhdyshenkilön toimenkuvaa toteutetaan hieman eri tavoilla riippuen osaksi terveystieteiden omista toimintakäytännöistä. AVH-yhdyshenkilötoimintaan kaivataan selkeitä ohjeita ja yhtenäisiä toimintatapoja. AVH-yhdyshenkilötoiminta halutaan viralliseksi osaksi AVH-potilaan hoitopolkuun. Lisäksi halutaan, että toimintaan annetaan riittävästi resursseja. Toimiva kuntoutusohjausprosessi voidaan nähdä pohjana AVH-potilaan hyvälle hoitokäytännölle.

REHABILITATION PROCESS OF A CEREBROVASCULAR DISORDER PATIENT FROM SPECIALISED HEALTH CARE TO BASIC HEALTH CARE

Lindholm, Tuija

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

October 2015

Supervisor: Leppänen, Erja

Number of pages: 60

Appendices: 4

Key words: cerebrovascular disorders, rehabilitation counselling, hierarchy in health care, good rehabilitation practice

Cerebrovascular disorders constitute a national problem. About 25, 000 Finns suffer from cerebrovascular disorders annually. They are the third most expensive national diseases in Finland. The expenses of long-term treatment are about 86,000 e for each patient. In all, the costs of cerebrovascular diseases constitute seven per cent of the expenses of health care in Finland. In the future, there will be even more cerebrovascular disorder patients. According to a prognosis 100 beds will be needed for cerebrovascular disorder patients, if prevention, acute care and early rehabilitation are not enhanced.

The purpose of this thesis was to consider this problem from the perspective of rehabilitation and its enhancement. Management of the whole rehabilitation process of cerebrovascular disorder patients improves rehabilitation and thereby reduces the overall costs indirectly. The aim was to explore the present status of the rehabilitation process of cerebrovascular disorder patients and to detect development needs in basic and specialized health care in Pirkanmaa. Another aim was to chart job descriptions, division of work between different actors (contact persons and the rehabilitation counsellor) and cooperation between different actors.

The data were collected by an e-inquiry and an interview. The contact persons of the patients in Pirkanmaa nursing district answered the e-inquiry and the rehabilitation counsellor at Tampere University Hospital was interviewed. The questionnaire of the e-inquiry was drawn up on the basis of a handbook intended for contact persons and the interview was carried out on the basis of the questionnaire. The results are presented statistically and by describing the opinions of the efficiency of the process and development needs.

The results show that the contact person system needs to be developed. First of all, the contact persons should be made more visible. They have a general job description but their work is somewhat different depending on the health care centre. They need clear guidelines and consistent functions. In addition, they should be part of the official nursing path of the cerebrovascular disorder patients and adequate resources should be allocated to them. A well-functioning rehabilitation process is considered a good basis for good treatment practices.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	7
2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden määrittely	7
2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät	7
2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys	8
2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden kustannukset	9
3 KUNTOUTUSOHJAUS	9
3.1 Kuntoutusohjaajan rooli	11
3.2 Kuntoutusohjausprosessi	11
4 TERVEYDENHUOLLON PORRASTEISUUS	12
4.1 Erikoissairaanhoido	13
4.2 Perusterveydenhuolto	13
5 AVH-YHDYSHENKILÖTOIMINTA	14
5.1 AVH-yhdyshenkilötoiminnan käytäntöjä	15
5.2 AVH-yhdyshenkilön tehtäväkuva	16
5.3 AVH-yhdyshenkilötoiminta prosessina	17
6 HYVÄ KUNTOUTUSKÄYTÄNTÖ	18
6.1 Aivoinfarktin Käypä hoito-suositukset	19
6.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö/ VAKE-hanke	20
7 TUTKIMUKSEN TAVOITE	22
7.1 Tutkimuksen tarkoitus	22
7.2 Tutkimuskysymykset	22
8 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT	23
8.1 Tutkimuksellinen lähestyminen	23
8.2 Tutkimusaineiston määrittely	24
8.3 Tutkimuksen eteneminen	25
9 TULOKSET	29
9.1 Kyselyn tulokset	29
9.1.1 AVH-yhdyshenkilöiden taustatietoja	29
9.1.2 AVH-yhdyshenkilötoiminnan keskeisiä tehtäviä	30
9.1.3 AVH-yhdyshenkilötoiminnan tehtäväkuvausta	31
9.1.4 AVH-yhdyshenkilötoimintaa rajoittavia tekijöitä	44
9.1.5 AVH-toiminnan sujuminen	45
9.1.6 AVH-toiminnan kehittämisajatuksia	46
9.2 Haastattelun tulokset	48

9.2.1 Kuntoutusohjaajasta	48
9.2.2 Kuntoutusohjaajan keskeiset tehtävät	49
9.2.3 Toimintaa rajoittavat tekijät haastattelun perusteella.....	50
9.2.4 Toiminnan sujuminen haastattelun perusteella	51
9.2.5 Toiminnan kehittämisajatuksia kuntoutusohjaajan näkökulmasta.....	51
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
10.1 Johtopäätökset	52
10.2 Pohdinta.....	56
LÄHTEET	59
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tutkimukseni lähtökohtana on ollut selvittää kuntoutusohjauksen tarvetta perusterveydenhuollossa. Kuntoutusohjauksen tarpeen selvittämiseksi tutkin jo olemassa olevaa kuntoutusohjausprosessia. Kuntoutusohjauksen tarvetta perusterveydenhuoltoon on helpompi perustella toimivan prosessin avulla. Tutkimukseni kohteena on AVH-yhdyshenkilötoiminta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutusprosessissa. AHV-yhdyshenkilötoiminta vastaa aivohalvauspotilaiden kuntoutusohjausta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Yhdyshenkilötoiminnan kehittämisessä on ollut lähtökohtana mm. selkiyttää työnjakoa erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajan ja AVH-yhdyshenkilön kesken. Toimintamalli on luotu myös aivohalvauspotilaiden seurannan ja omaisten ohjauksen kehittämiseksi. Kuntoutus- ja palvelujärjestelmämme on hajanainen ja monimutkainen. Näiden järjestelmien toimivuus riippuu siitä, miten esimerkiksi järjestelmät hallitaan ja kuinka siinä toimijat tekevät yhteistyötä. Tämän vuoksi prosessien kuvaaminen ja ymmärrys ovat tärkeitä järjestelmien toimivuudelle. Toimivassa prosessissa myös asiakkaan tarpeet tulee huomioiduksi.

Ammattikorkeakoulutason opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on työni työelämäkumppani. Opinnäytetyöni on osa Taysin kuntoutusyksikön vuoden 2015 kehittämisteemaa ja sen toteuttamisesta on sovittu yhteistyössä työelämätahon kanssa. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää AVH-potilaiden kuntoutusprosessin nykytilaan sekä kehittämistarpeita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tutkimukseni kohdejoukko on Pirkanmaalla toimivat AVH-yhdyshenkilöt sekä Taysin kuntoutuksen vastuuyksikön kuntoutusohjaaja. Tutkimukseen osallistuvat AVH-yhdyshenkilöt ($n = 23$) toimivat perusterveydenhuollossa. Sähköisen kyselyn ja haastattelun avulla tutkin aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin toimivuutta sekä määrittelen prosessin kehittämiskohteita. Selvityksessäni on myös, kuinka AVH-yhdyshenkilöt voivat huomioida AVH-potilaiden hoidon seurantaan perusterveydenhuollossa.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

2.1 Aivoverenkiertohäiriöiden määrittely

Aivohalvaus (englanniksi stroke) on yleisnimitys tautitiloista, joihin johtaa kaksi erilaista mekanismia. Paikallinen verettömyys (ischaemia) tai valtimoverenvuoto (haemorrhagia) ovat mekanismeja, jotka johtavat aivohalvaukseen. Ohimenevästä verettömästä tilasta käytetään nimitystä TIA (englanniksi Transient Ischemic Attac). Paikallisen kudostuhon puolestaan aiheuttaa iskeeminen aivoinfarkti (Infarctus cerebri). Valtimoverenvuoto aivoaineeseen (Haemorrhagia cerebri) tai lukinkalvonalaiseen tilaan (Haemorrhagia subarachnoidalis SAV) ovat aivohalvauksen verenvuodollisia mekanismeja. (Aivohalvaus tutkimus- ja hoito-ohjelma 1979,1-2.)

Aivoverenkiertohäiriöiden tavallisin muoto on toispuolihalvaus. Toispuolihalvaus jaotellaan osittaiseksi (hemipareesi) ja täydelliseksi (hemiplegia). Käytännössä aivoverenkiertohäiriöpotilaat jaetaan neljään eri tyyppiin: Aivoinfarktipotilas, TIA-potilas, aivoverenvuotopotilas ja SAV-potilas. Potilaan ennusteen kannalta on tärkeää selvittää aivoverenkiertohäiriön syy. 80 % aivoverenkiertohäiriöistä on infarkteja eli paikallisia verettömiä (=iskemisiä) tiloja. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 272.)

2.2 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät

Aivoverenkiertohäiriön ehkäisyn katsotaan olevan mielekkäämpää kuin itse jo syntyneen vaurion hoitaminen. Primaaripreventio (ennaltaehkäisy) on riskitekijöiden hoitoa.

Verenpaine on yksi riskitekijä. Verenpaineen lasku on riskitekijän hoitamista. Lääkkeillä verenpaineen laskeminen vähentää aivoinfarkteja 38 %. Myös ikäihmisten kohdalla säännönmukainen systolisen verenpaineen lasku vähentää 40 % aivoverenkiertohäiriöitä. Lääkkeetön verenpaineen lasku puolestaan on suoraan yhteydessä ns. terveellisiin elämäntapoihin. Terveellisiä elintapoja ovat liikkuminen, laihduttaminen normaalipainoon, ruokasuolan ja tyydyttyneiden rasvojen välttäminen, kohtuullinen

alkoholin käyttö sekä hedelmien ja vihannesten lisääminen ruokavalioon. (Soinila, Kaste & Somer 2007,284–285.)

Nautintoaineiden käyttö on aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöitä. Tupakoinnin lopettaminen saattaa henkilön 2-4 vuoden aikana tupakoimattoman tasolle riskiteki-jänä. Alkoholin käytössä puolestaan tasainen, humalahakuisen juomisen välttäminen on edullista verenkierrolle. (Soinila, Kaste & Somer 2007,285 -286.)

Elintaso-ongelmista liikapainolla on joissakin tutkimuksissa itsenäinen aivoinfarktin riskitekijä. Kuitenkin lihavuuden yhteys korkeaan verensokeriin sekä rasva-arvoihin sekä kohonneeseen verenpaineeseen antaa aiheen painon pudottamiselle ja sitä kautta aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisylle. Korkea elintaso on myös vähentänyt ihmisten liikkumista. Nuoruudesta jatkunut liikunnan harrastus vähentää aivoverenkiertohäiri-öiden riskiä molemmilla sukupuolilla. Myös kohtuullisen rasittava säännöllinen lii-kunta pienentää aivoverenkiertohäiriöiden riskiä. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 286.)

2.3 Aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys

Aivoverenkiertohäiriöitä esiintyy pääasiallisesti iäkkäillä ihmisillä. Tutkimusten mu-kaan yli kaksi kolmasosa aivoverenkiertohäiriöpotilaista ovat yli 65- vuotiaita. Lu-kinkalvonalaisen vuodon (SAV) ilmaantuvuuden huippu saavutetaan puolestaan 50–60 vuoden iässä. Suomessa 80 % aivoverenkiertohäiriöisistä on infarkteja ja runsas 10 % aivoverenvuotoja. SAV:ta on alle 10 %. TIA-potilaiden lukumäärää ei ole huomioitu prosentuaalisesti sairastuvuuden luvuissa. Ensimmäisen kuukauden aikana infarktipotilaista kuolee 19 %. Vuoden seurannassa kuolleisuus nousee 32 %. En-simmäisen kuukauden aikana kuolee 30 % aivoverenvuotopotilasta ja vuoden seu-rannassa kuolleisuus nousee 36 %. SAV-potilaista ensimmäisen kuukauden aikana kuolee 50 % ja vuoden seurannassa 54 %. Lukujen perusteella aivoverenkiertohäiriö on vakava sairaus. Vakavaksi sairauden tekee, kun huomioidaan myös eloonjäänei-den haitat. Henkiin jääneillä AVH-potilailla puolella jää tuntuva haitta. Täysin autet-

tavaksi jää noin joka kymmenes halvaantunut. (Soinila, Kaste & Somer 2007, 272 - 273.)

2.4 Aivoverenkiertohäiriöiden kustannukset

Yhteiskunnallisesti aivohalvaukseen sairastuminen on kansanterveydellinen ongelma. 2009 vuonna oli arvioitu olevan 82 000 sairastunutta. Aivoinfarktin saa vuosittain 14 600 ihmistä ja aivoverenvuodon 4000 ihmistä. Aivoverenkiertohäiriöt ovat kolmanneksi kallein kansantautimme. Ensimmäisenä vuonna hoitokustannukset ovat noin 21 000€. Sairauden elinikäiseksi kustannukseksi arvioidaan 86 000€. Aivoverenkiertohäiriöt lohkaisevat noin 7 % terveydenhuollon kokonaismenoista. On myös laskettu, että vuoteen 2020 mennessä tarvitaan 100 uutta vuodeosastoa pelkästään aivohalvauspotilaille, jollei sairauden ennaltaehkäisy, akuuttihoito ja varhaisvaiheen kuntoutus tehostu. (Aivoliitto.)

Sairastuneista 45 % tarvitsee lääkinnällistä kuntoutusta akuuttivaiheessa. Kuntoutuksen tarpeessa katsotaan olevan kuitenkin 30 000 sairastunutta, kun huomioidaan ylläpitävä kuntoutus toimintakyvyn osalta. Sairastuneista yksi neljäsosa on työikäisiä. Näin ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneille tulee huomioida. (Aivoliitto.)

3 KUNTOUTUSOHJAUS

Kuntoutusohjausta määriteltäessä tulee ymmärtää myös kuntoutumis- ja kuntouttamistarve. Kuntouttamistarve on sekä yksilöllistä että yhteiskunnallista kuntoutumistarvetta. Yksilön kuntoutumistarpeessa lähtökohtana voidaan pitää yksilön kokemaa ongelmaa ja halua vapautua siitä. Yhteiskunnallisella tasolla kuntouttamistarpeen perusteet esitetään yleensä laeissa ja säädöksissä. Kuntoutusorganisaatioiden toimintaohjeet myös osaltaan määrittelevät yhteiskunnallisen kuntoutumistarpeen. Kuntou-

tuksen ammattihenkilöstö puolestaan käyttää yhteiskunnan määrittelemiä kuntoutustarpeen kriteereitä työnsä perustana. Kuntoutustarpeeseen vaikuttavat sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisella tasolla yhteiskunnalliset toiminnat sekä kehitykset. Kuntoutuksen ammattilaisen tulee huomioida yhteiskunnalliset muutokset. Ammattilaisen rooli vaihtelee ulkopuolisesta kuntoutuksen asiantuntijasta kuntoutujan näkemys asian esille tuojaan. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 59 -60.)

Kuntoutustarpeen lähikäsitteenä on kuntoutumisvalmius, jolla tarkoitetaan kuntoutujan halua ja kykyä asettaa omaa elämäänsä koskevia muutostavoitteita. Kuntoutumisvalmius sisältää myös halun sitoutua ja osallistua kuntoutusprosessiin. Kuntoutumisvalmiudessa motivaatio onkin yksi valmiuden osatekijä. Kuntoutumisvalmiudessa täytyy olla myös tarve muutokseen, joka voi esimerkiksi olla henkilökohtainen tyytymättömyys omaan tilanteeseen tai ympäristön aiheuttamaan muutospaineeseen. Kuntoutumisvalmiudessa edellytyksenä on myös tietoisuus itsestä, mikä on ihmiselle tärkeää ja merkityksellistä. Myös tietoisuus ympäristöstä ja sen asettamista vaatimuksista koetaan kuntoutumisvalmiuden yhdeksi osatekijäksi. Ihmisen kyky ja halu vuorovaikutukseen mahdollistaa myös hyvän vuorovaikutussuhteen kuntoutustyöntekijän kanssa kuntoutumisprosessissa. (Järvikoski & Härkäpää. 2011, 169–170.)

Järvikoski & Härkäpää (2011) kuvaavat kuntoutuksen perusteet kirjassaan kuntoutusohjauksen kuntoutuksen asiakastyöksi ja prosessinohjaukseksi. Kuntoutustyön toimintamalleja ovat asiantuntijakeskeisyys ja kuntoutujalähtöinen toimintamalli. Asiantuntijakeskeisessä mallissa yksilön kuntoutumista edistetään hankkimalla mahdollisimman puolueetonta tietoa yksilön tilanteesta ja suunnitellaan toimenpiteet sen mukaan. Toimintamallissa kuntoutustyöntekijä on asiantuntija, joka määrittelee kuntoutuksen etenemisen suunnan ja tahdin. Kuntoutujalähtöisessä asiakastyössä kuntoutuja on tavoitteellinen ja omia pyrkimyksiään tavoitteleva toimija. Tällöin kuntoutustyöntekijä on kuntoutujan yhteistyökumppani, jolla on tarjolla tietoa kuntoutusprosessin tueksi. Mallissa huomio kohdistuu asiakkaan selviytymiseen ympäristönsään. Kuntoutusohjauksen voi ajatella olevan kuntoutumista edistävän prosessin ohjaukselta huomioiden kuntoutujan tarpeet.

3.1 Kuntoutusohjaajan rooli

Kuntoutusohjaaja on pitkäaikaissairaana ja vammaisen yhteyshenkilö. Yhteyshenkilöä tarvitaan kuntoutuksen ammattihenkilöiden ja eri palvelujärjestelmien välillä. Kuntoutusohjaaja tukee, neuvoo sairastunutta ja hänen läheisiään heidän muuttuneessa elämäntilanteessa. Kuntoutusohjaaja tukee asiakasta itsenäisessä arjessa selviytymisessä, elämänhallinnassa sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä. (Ammattinetin www-sivut 2015).

Kuntoutuksen lainsäädännössä on säädetty velvoite ohjata kuntoutuja asianmukaisten palvelujen piiriin. Tällöin on korostettu annettavan tiedon ja neuvonnan tärkeyttä. Neuvonnassa ja ohjauksessa on olennaista tietää käytettävissä olevien palvelujen sisältö sekä kustannukset. Kuntoutuksen asiantuntijan on tunnettava kuntoutusjärjestelmän toimintaperiaatteet sekä menetelmät sekä paikalliset toimintatavat. Kuntoutusohjaaja korostaakin paikallisella tasolla asiakkaiden näkökulmien huomioonottoa. (Pirainen & Kallanranta 2008, 99.)

3.2 Kuntoutusohjausprosessi

Ihmisen kokee sairastuessaan ja toimintakyvyn heikentyessä helposti arkielämän ja tulevaisuuden suunnitelmien katkeavan. Kuntoutumisessaan ihminen taas kokee uudelleen selviytyneensä kokemastaan käänteestä ja löytää uudenlaisen elämän hallinnan. Kuntoutumisen tukeminen on laaja-alaista toimintakyvyn tukemista. Tukemisessa korostuu asiakkaan oma aktiivisuus sekä yhteistyö kuntoutuksen ammattilaisen kanssa. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21.)

Kuntoutumiselle on ominaista pitkäjänteisyys ja vaihteellisuus eli prosessimaisuus. Kuntoutusprosessissa voidaan erottaa erilaisia vaiheita. Yhtenä prosessin vaiheena on sairastuneen kuntoutustarpeen ja voimavarojen kartoitus. Tarpeiden määrittelyn jälkeen tulee tehdä suunnitelma kuntoutumiselle (kuntoutussuunnitelma). Kuntoutustoimenpiteet ovat prosessissa oma kokonaisuutensa. Kuntoutustoimenpiteiden toteutumisella on oma merkityksensä kuntoutumisessa. Kuntoutuksen laadullakin on merkityksensä. Kela määrittelee kuntoutukselle omat standardinsa ja samoin on määritelty myös hyvän hoitokäytännön periaatteet eri sairasyhmille. Kuntoutuksen arviointi

sisältyy myös kuntoutuksen prosessiin. Arviointia tulee toki tehdä koko prosessin ajan. Arvioinnin perusteella voidaan tarkistaa kuntoutuksen tavoitteita ja keinoja ja palautteen perusteella voidaan kuntoutusta puolestaan kehittää kuntoutujan tarpeita paremmin vastaavaksi. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009,24.)

Kuntoutusprosessissa voidaan kuvata myös ketjumainen kuntoutusyhteistyö. Kuntoutuksen kokonaisuuteen on liittynyt aiemmin ketjumaisuus. Kuntoutus on koostunut palasista ja kuntoutujaa on ohjattu esimerkiksi fyysisestä kuntoutuksesta ammatillisen kuntoutuksen piiriin. Tämän kaltainen kuntoutuksen ketjumainen kuntoutusyhteistyö on ajallisesti toinen toistaan seuraava selvittely- ja kuntoutusjakso. Ketjumaisen yhteistyön sujuvuudesta huolehtivat kuntoutusohjaajat, kuntoutuksen yhdyshenkilöt tai kuntoutuslaitosten kuntoutustiimit. Ketjumaisen yhteistyön rinnalle tarvitaan myös samanaikaisesti eri asiantuntijoiden kytkeytymistä kuntoutujan tilanteeseen. Verkostomaisessa asiakasyhteistyössä saadaan eri toimijoiden näkökulmat samanaikaisesti esille asiakkaan kuntoutusprosessissa. (Järvikoski & Karjalainen. 2008, 88–90.)

4 TERVEYDENHUOLLON PORRASTEISUUS

Suomessa kunnat vastaavat pääasiallisesti sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä. Järjestämisvastuu perustuu perustuslakiin. Eri laeilla kuitenkin määritellään tarkemmin kunnan toimialaan liittyviä tehtäviä. (Heiliö, Kattelus, Kaukonen, Kumpulä, Narikka, Sintonen & Ylipartanen 2006,94.)

Terveystenhuoltolaki määrittelee kuntoutuksen kannalta oleellisia käsitteitä. Näitä käsitteitä ovat terveyden edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido. (Terveystenhuoltolaki 2012. 3§.)

4.1 Erikoissairaanhoito

Terveystenhuoltolain mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita. (Terveystenhuoltolaki 2012. 3§).

Erikoissairaanhoitolaissa (1.12.1989/1062) säädetään erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä. Palvelujen ja toiminnan sisällöstä on säädökset puolestaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kotikuntalain (201/1994) mukaan kunnan on kuuluttava johonkin erikoissairaanhoitoa järjestävän sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoitoa suunnittelee, ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Toimialueen suunnittelu, ohjaus ja valvonta puolestaan kuuluvat Aluehallintovirastolle. Maamme on lain mukaisesti jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, 1-7§.)

Valtioneuvosto on tehnyt myös asetuksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä. Asetuksella säädetään sairauksien harvinaisuuden, vaativuuden tai järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella erityistason sairaanhoitoon kuuluvista tutkimuksista hoidosta ja hoitoon välittömästi liittyvästä lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan erityisvastuualueella yliopistollista sairaalaa tai muuta vastaavan tasoista sairaanhoitoa. Erikoissairaanhoito laatii luettelon keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä päivittävät niitä. (Asetus erityissairaanhoidon järjestämisestä 336/2011.1-4§).

4.2 Perusterveydenhuolto

Terveystenhuoltolaissa (1326/2010) perusterveydenhuolto määritellään kunnan järjestämäksi väestön terveydentilan seurannaksi, terveyden edistämiseksi. Terveysten edistämistä ovat ympäristöterveydenhuolto, terveysneuvonta ja -tarkastukset, suun terveydenhoito, päivystys, työterveyshuolto sekä lääkinnällinen kuntoutus. Terveysten edistämiseen lain mukaan luokitellaan myös avosairaanhoito, kotisairaanhoito, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveyshuolto ja päihdehuolto siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Terveystenhuoltoa varten kun-

nalla on oltava käytettävissään asianmukaiset tilat ja toimintavälineet. (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 1-3§.)

Terveystenhuoltolaissa määritellään lääkinällinen kuntoutus potilaan sairaanhoitoon liittyväksi. Lääkinällinen kuntoutus on määritelty kunnan järjestettäväksi. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus sekä potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi. Lääkinällistä kuntoutusta on myös kuntoutustutkimus sekä toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut kuntoutusta edistävät toimenpiteet. Apuvälinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus kuuluvat myös kunnan järjestämään lääkinälliseen kuntoutukseen. Edellisistä lääkinällisen kuntoutuksen tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot joko laitoksessa tai avohoidossa ovat myös osana lain määrittelemää lääkinällistä kuntoutusta. (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 29§.)

Terveystenhuoltolaissa on ohjeistus myös yhteistyöstä ja ohjauksesta muuhun kuntoutukseen. Lain mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että henkilölle joka tarvitsee muuta kuin perusterveydenhuollon mukaista kuntoutusta, annetaan tietoa kuntoutusmahdollisuuksista. Henkilö on lain mukaan ohjattava palvelujen piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa. Palvelujen yhteensovittaminen muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määritellään yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 30§.)

5 AVH-YHDYSHENKILÖTOIMINTA

AVH-yhdyshenkilötoiminta on Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä alkanut vuonna 2000. AVH-potilaiden ohjausta ja seuranta on toteutettu systemaattisesti kuntoutusohjaajan koordinoimana. Kehittämisen toteutus on tapahtunut erillisenä hankkeena yhteistyössä AVH-yhdyshenkilöiden kanssa. Kehittämisessä AVH-yhdyshenkilöiden tehtävää on suunnattu enemmän asiakasryhmän seuranta ja ohjausta koordinoivaksi toiminnaksi. Kehittämisessä on ollut koko ajan mukana Aivoliitto (entinen Aivohalvaus- ja dysfasialiitto). Kehittämistyöryhmän puheenjohtajuus ja yhdyshenkilötoi-

minnan kehittäminen siirtyi 2004 Taysin kuntoutusohjaajan koordinoimaksi. (Konsensuskokous 2008,151.)

Nykyiseen AVH-yhdyshenkilötoimintaan on laadittu käsikirja Taysin kehittämishankkeen ” AVH-potilaan seurannan tehostaminen hoitoketjussa osana kuntoutusohjaustyön kehittämistä” pohjalta. (AVH-yhdyshenkilön käsikirja.)

5.1 AVH-yhdyshenkilötoiminnan käytäntöjä

AVH-yhdyshenkilötoimintaan tarkoitettu käsikirja on vuodelta 2008. Käsikirjassa on kuvattu viitteellinen työnkuva sekä vastuualueet. Käsikirjan laadinnassa ovat olleet mukana Taysin kehittämishankkeessa mukana olevien kokeilukuntien AVH-yhdyshenkilöt sekä silloisen Aivohalvaus- ja dysfasialiiton aluesihteerin ja Taysin kuntoutusohjaaja. Kokeilukuntina oli mukana Akaa, Kangasala, Nokia, Pirkkala, Vesilahti, Ylä-Pirkanmaan terveydenhuolto alue sekä Ylöjärvi. Käsikirjan päivittämisestä on sovittu yhdessä kehittämistyöryhmässä. Kuntoutusohjaajan tehtävänä on toimittaa päivitykset kaikille yhdyshenkilöille tarvittaessa. (AVH-käsikirja 2008.)

AVH-yhdyshenkilöt toimivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Taysissa, aluesairaaloissa sekä terveyskeskuksissa. AVH-yhdyshenkilöillä on nimettynä työpari ja tavoitteena on saada edustusta sekä avopuolelle että vuodeosastolle. AVH-yhdyshenkilötoimintaa ohjaa kehittämistyöryhmä, jossa on edustus kattavasti kaikilta toimijatahoilta sekä liitosta. AVH-yhdyshenkilöistä on muodostettu yhdyshenkilörekisteri, jonka ylläpidosta vastaa liitto. Rekisterin muutoksista tulee huolehtia joko liiton aluesihteerin tai Taysin kuntoutusohjaajan kautta. AVH-yhdyshenkilöistä huolehditaan AVH-potilaita hoitavien yksiköiden ilmoitustaululle sekä paikallisyhdistysten ilmoitustaululle. Taysin kuntoutusohjaaja huolehtii toiminnan tiedottamisesta erilaisissa yksilö- ja ryhmätapaamisissa. AVH-potilaalle annetaan myös siirtovaiheessa tieto oman alueen yhdyshenkilöstä. Samoin AVH-potilaan kotiutuessa lähetetään epikriisi sairastuneen tai omaisen luvalla kotipaikkakunnan AVH-yhdyshenkilölle. Käsikirjassa on myös sovittu, että Pirkanmaan aivohalvaus ja dysfa-

siayhdistys (nykyisin Pirkanmaan AVH-yhdistys) lähettää AVH-yhdyshenkilöille yhdistyksen esitteitä ja jäsenkirjeitä resurssien mukaan.(AVH-käsikirja 12/2008.)

5.2 AVH-yhdyshenkilön tehtäväkuva

AVH-yhdyshenkilöille laaditussa käsikirjassa on myös kuvattu Taysin osastoilla toimivien yhdyshenkilöiden tehtäviä. Opinnäytetyöni tutkimus ei koske Taysin sisäistä toimintaa, joten en kuvaa näiden yhdyshenkilöiden tehtäväkuva tarkemmin. Toiminnan kannalta toki on tärkeää, että jokaisen talossa toimivan ns. sisäisen yhdyshenkilön tulee huolehtia lupa epikriisin lähettämiseksi jatkohoitopaikkaan. Epikriisi on edellytys koko prosessin etenemiselle.

Yhdyshenkilökäsikirjan mukaan AVH-yhdyshenkilön keskeisimpinä tehtävinä ovat tietämys sairaudesta, kuntoutuksesta, tukitoimista sekä potilasyhdistyksen toiminnasta. AVH-yhdyshenkilöllä on myös velvollisuus huolehtia toimijoiden muutoksista aluesihteerille sekä kuntoutusohjaajalle. Lisäksi AVH-yhdyshenkilön tehtäviin kuuluu sopia esimiehensä kanssa yhdyshenkilötoiminnan painopistealueet ja toimintakäytännöt. AVH-yhdyshenkilön tehtävät tulee kirjata yhdyshenkilön tehtäväkuvaan tai ne on muulla tavalla kirjattuna yhdyshenkilön työtehtäviin kuuluviksi. Käsikirjan mukaan AVH-yhdyshenkilöllä tulee olla työpari. Yhdyshenkilö sekä työpari yhdessä huolehtivat keskinäisestä työnjaosta sekä toiminnan tiedottamisesta omassa yksikössään. Käsikirjan mukaan toiminnan painopistealueita ja tavoitteita tulisi myös tarkastella määräajoin. AVH-yhdyshenkilön tehtävinä ovat myös käsikirjan mukaisesti tiedottaminen omassa työyhteisössä, samoin kuin oman henkilökunnan tukena oleminen. AVH-yhdyshenkilön tehtävään kuuluu olennaisesti myös sekä sairastuneen että omaisen ohjaus. Tehtävänä on myös AVH-potilaan hoidon seurannassa huomioida sekä kuntoutussuunnitelmat sekä palvelusuunnitelmat. AVH:n ennaltaehkäisy sekä sekundaaripreventio (vammojen pahenemisen estäminen) on myös kirjattu AVH-yhdyshenkilön toimenkuvaan.

Käsikirjassa mainitaan myös AVH-yhdyshenkilön toimintaedellytyksistä. Yhdyshenkilöllä tulee olla riittävät oikeudet lukea potilaan sairaskertomusta. Yhdyshenki-

löllä tulee olla myös oma kirjaamiskäytäntö sekä tilastointimahdollisuus AVH-yhdyshenkilönä. Seurantalomakkeiden käytön mahdollisuus tulee olla myös huomioituna.

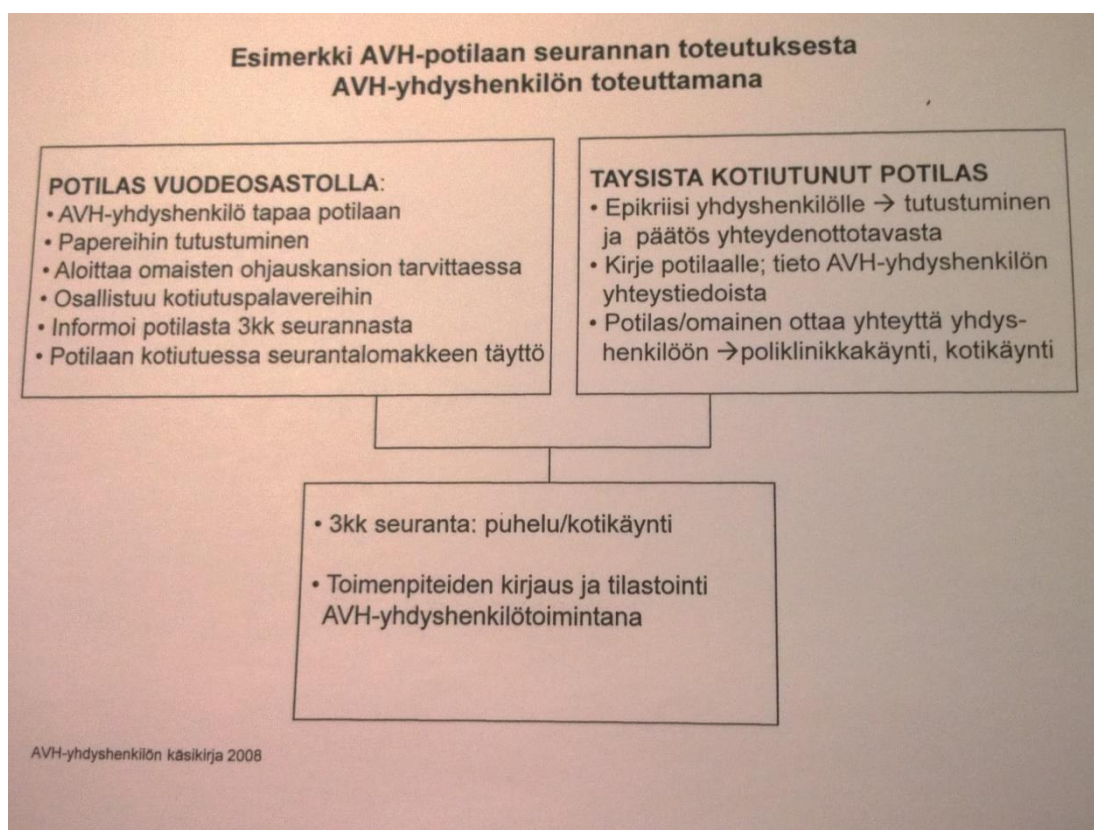
5.3 AVH-yhdyshenkilötoiminta prosessina

AVH-yhdyshenkilön käsikirjassa on kuvattuna seurannan keskeisiä työvaiheita prosessikuvauksena. Epikriisin lähettäminen on edellytys, että AVH-yhdyshenkilö saa tiedon potilaasta. Epikriisin saavuttua yhdyshenkilö lukee epikriisin ja arvioi seurantarpeen. AVH-yhdyshenkilön tulee nopeasti reagoida tilanteeseen, jos epikriisissä suositellaan jatkotoimenpiteitä. Toimenpiteiden tarkistus tulee tapahtua kolmen kuukauden sisällä kotiutuksesta. Potilaan kotiutuessa suoraan Taysista yhdyshenkilö on yhteydessä potilaaseen joko puhelimitse tai kirjeellä. Yhteydenotossa yhdyshenkilö kartoittaa AVH-potilaan tilanteen, arvioi seurannan tarpeen sekä kirjaa toimenpiteet. Ohjauksessaan yhdyshenkilö huomioi myös tarvittavat toimenpiteet ja konsultoi tarvittaessa Taysin kuntoutusohjaajaa. AVH-yhdyshenkilöllä on vastuullaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen seurannan koordinointi. AVH-yhdyshenkilö on yhteydessä oman organisaationsa henkilökuntaan AVH-sairastuneen asioissa ja järjestää tarvittaessa verkostopalaverin muiden sairastuneen asioita hoitavien yhteistyötahojen kanssa. Lisäksi AVH-yhdyshenkilö on AVH-potilaan luvalla yhteydessä Taysin kuntoutusohjaajaan, kun sovitaan seurannan tai verkostopalaverin työnjaosta.

Prosessissa on kirjattuna myös vaihtoehto, että AVH-potilas kotiutuu terveyskeskuksen vuodeosastolta. Tällöin AVH-yhdyshenkilö tapaa AVH-potilaan osastolla tai osallistuu kotiutuspalaveriin ja sopii seurannasta. Näin AVH-yhdyshenkilö suunnittelee jatkotoimenpiteet/seurannan potilaan kanssa sovitun suunnitelman mukaisesti.

Käsikirjassa on myös huomioitu vaihtoehto, että potilas ottaa itse yhteyttä AVH-yhdyshenkilöön. Potilaan yhteydenotossa AVH-yhdyshenkilö myös ohjaa ja neuvoa potilasta ja tekee tarvittavat toimenpiteet.

Kaikissa kuntoutusprosessin eri vaiheissa on mahdollista ottaa Taysin kuntoutusohjaajaan yhteyttä. Yhteydenotto kuntoutusohjaajaan tapahtuu potilaan luvalla, jos epikriisissä ei erikseen ole mainittuna jakelu kuntoutusohjaajalle. Työnjako aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen asioiden hoidossa tehdään AVH-yhdyshenkilön ja Taysin kuntoutusohjaajan kesken. Kuntoutusohjaaja kirjaa omat konsultaationsa KUN-lehdelle ja toimittaa kopion AVH-yhdyshenkilölle. Konsultaatiomahdollisuus kuntoutusohjaajaan yleisellä tasolla on myös mahdollista. Tällöin ei tarvita asiointissa erikseen potilaan lupaa, eikä silloin tehdä kirjauksia.



Kuva 1. Kaaviokuvassa on AVH-yhdyshenkilötoiminnan toteutus käsikirjan mukaan.

6 HYVÄ KUNTOUTUSKÄYTÄNTÖ

Tutkimuksessani selvitän myös, kuinka hyvin AVH-yhdyshenkilöt tietävät Käypä hoito-suositukset sekä hyvän kuntoutuskäytännön AVH-potilaiden kuntoutuksessa.

Hyvästä kuntoutuskäytännöstä on tehty julkaisu perustuen Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen (VAKE) tutkittuun tietoon sekä näyttöön perustuvaan toimintaan. VAKE-hankkeessa (2006–2013) keskityttiin runsaasti kuntoutuspalveluita käyttävien kuntoutujien kuntoutuskäytäntöihin. Runsaasti kuntoutusta tarvitsevia potilasryhmiä olivat AVH-potilaat, MS-potilaat sekä CP-vammaiset. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta luotiin monitieteellisesti yhteistyössä eri sektorien toimijoiden kanssa. Huomioitavaa on, että monialaisuus on jo itsessään hyvää kuntoutuskäytäntöä ja kuntoutusta edistävää toimintaa. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö. 2012,6.)

Käypä hoito-suositukset puolestaan ovat riippumattomia, tutkittuun tietoon perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Hoitosuosituksiset toimivat lääkärin käytännön työn tukena ja alueellisten hoito-ohjelmien laadinnassa. Suositusten avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. (Käypä hoidon www-sivut 2015.)

6.1 Aivoinfarktin Käypä hoito-suositukset

Käypä hoito-suosituksella pyritään vakiinnuttamaan tieteellisen tutkimusnäyttöön perustuvia aivoinfarktin ehkäisy-, tutkimus-, hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä. Suositus määrittelee, minkälainen aivoverenkiertohäiriön hoidosta vastaavan ensihoitoyksikön tulee olla. Suosituksessa kuvataan myös, minkälaisia toimenpiteitä ensihoitoyksikössä tulee huomioida. Suosituksessa kuvataan sekä määritellään varhaisvaiheen kuntoutus. Samoin suositus kuvaa, minkälainen pitäisi AVH-potilaan moniammatillisen kuntoutusyksikön olla. Kuntoutuksen sisällön kuvaus on osa hoitosuosituksista, samoin kuin kuntoutuksen hyödyn arviointi. Myöhäisvaiheen kuntoutuksen sisältö liittyy olennaisesti kuntoutusohjaukseen käypähoitosuosituksen mukaan. Aivoinfarktista kuntoutumisen ajatellaan olevan hyödyllistä ainakin vuoden ajan sairastumisen jälkeen. Sairastuneille pitää suosituksen perusteella tehdä kuntoutussuunnitelma, jota pitäisi tarkistaa potilaan tilan muuttuessa. Vaikeavammaisilla AVH-potilailla kuntoutumisen tarve jatkuu vuosia kotona huomioiden kotona selviytymisen tukeminen. (Käypä hoidon www-sivut 2015.)

Käypä hoito-suosituksessa on määritelty kuntoutuksen tarve näyttöön perustuen. Fysioterapiasta, toimintaterapiasta, puheterapiasta sekä neuropsykologisesta kuntoutuksesta on eri tasoista näyttöön perustuvaa tietämystä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Sopeutumisvalmennuksesta ei ole julkaistuja ja kontrolloituja tutkimuksia. Kuitenkin seurantatutkimusten perusteella sopeutumisvalmennus voisi parantaa psykososiaalisia suoriutumista. Seurantatutkimukset sopeutumisvalmennuksesta osoittavat C-tason näyttöä. C-tason näyttö tarkoittaa tulosten ristiriitaisuutta ja mahdollisesti uusien tutkimusten antavan toisenlaistakin näyttöä tutkittavasta asiasta. C-tason näyttöä on myös yhdyshenkilön antama neuvonta omaishoitajille terveydestä ja sosiaalisesta selviytymisestä. Tutkimusten valossa yhdyshenkilötoiminnasta ei ole saatu näyttöä AVH-potilaiden hyvinvointiin. Selkeimmin kuntoutukseen liittyen A-tason näyttöä on avokuntoutuksesta vuosi infarktin jälkeen. A-tasossa uudet tutkimukset tukevat tutkimustuloksia ja ovat sovellettavissa väestöön mihin ne on tehty. (Käypä hoidon www sivut 2015.)

6.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö/ VAKE-hanke

Hyvä kuntoutuskäytäntö on periaatteessa asiakas- ja perhelähtöistä. Hyvä kuntoutuskäytäntö vastaa kuntoutujan arjen tarpeisiin. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin vastaamisen. Laaja-alaisella ja asiantuntevalla tietämyksellä varmistetaan hyvän kuntoutussuunnitelman laatiminen. Hyvän kuntoutuskäytännön oletetaan olevan vaikuttavaa ja tuloksellista. Tämän edellytyksenä on, että kuntoutuksen eri vaiheet ja prosessit nivELYVÄT toisiinsa. Hyvän kuntoutusketjun toimivuus edellyttääkin hyvää kuntoutuskäytäntöä. Eri järjestelmien ja palveluiden yhteistyö onkin tärkeää, jotta kuntoutuja voi saavuttaa tavoitteensa. Kuntoutusketju onkin osa hoitoketjua, jossa osallistuvien työnjako on sovittu ja toimiva. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö.2012, 35.)

VAKE – hankkeen kuntoutustutkimuksessa kartoitettiin AVH- ja MS-kuntoutujien kuntoutuksen suunnittelun nykykäytäntöjä erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa. Selvityksen kohteina olivat hoitovastuu, kokonaiskuntoutuksen suun-

nittelu, kuntoutussuunnitelmien käytännön toteutus ja sisältö, kuntoutuksen vaikuttavuuden ja toimintakyvyn arviointi sekä yhteistyö. AVH-potilailla oli selvityksessä vielä lisäksi lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteet sekä akuutti että subakuuttivaiheen jälkeen.

AVH-kuntoutujien akuutin ja subakuutin vaiheen jälkeinen kuntoutuksen suunnittelu- ja järjestämisvastuu oli tutkimukseen vastaajien mielestä perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa vastaajista 83 % oli sitä mieltä, että hoitovastuu on perusterveydenhuollossa ja 82 % perusterveydenhuollon vastaajista oli samaa mieltä. MS-potilaan hoitovastuu puolestaan oli vastaajien mielestä erikoissairaanhoidolla. Yhdeksällä kahdestatoista sairaanhoitopiiristä oli hoitoketju aivoverenkiertohäiriöpotilaille. Hoitokäytäntökuvauksissa otettiin kuitenkin harvoin kantaa myöhäisvaiheen kuntoutukseen sekä suunnitteluun. Tutkimuksen mukaan AVH-potilaiden kuntoutuksen suunnittelussa erikoissairaanhoito useimmiten tai aina (71 %) hyödynsi Käypä hoito-suositusta. Terveyskeskuksissa 37 %:sti huomioitiin Käypä hoito-suosituksia kuntoutussuunnitelmien teossa. Erikoissairaanhoidossa kuntoutussuunnitelmien laadintaan osallistuttiin moniammatillisesti. Terveyskeskuksissa kuntoutussuunnitelmat tehtiin yleensä lääkärin vastaanotolla. Erikoissairaanhoidossa kuntoutussuunnitelmat laadittiin useimmiten (60 %):sti sairaskertomuslehdelle. Terveyskeskuksissa kuntoutussuunnitelmat puolestaan laadittiin 50 %:sti B-lausuntona. Kuntoutussuunnitelmiin kirjattiin erikoissairaanhoidossa aina kuntoutuksen päätavoite (100 %) ja terveyskeskuksissa useimmiten tai lähes aina (77 %). Kuntoutujien omat tavoitteet kirjattiin erikoissairaanhoidossa 44 %:n ja terveyskeskuksissa 33 %:n varmuudella. Tutkimuksessa avovastauksissa tuli esiin vielä toiveita resurssipulan helpottumiseen. Alueellista käytäntöjen sekä yhteistyön kehittämistä myös toivottiin. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2012, 51 -56.)

7 TUTKIMUKSEN TAVOITE

7.1 Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää AVH-potilaiden kuntoutusprosessin nykytilaa sekä kehittämistarpeita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä Pirkanmaalla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää prosessissa toimivien AVH-yhdyshenkilöiden sekä Taysin kuntoutusohjaajan työnjakoa, toimenkuvaa sekä yhteistyön sujumista.

Työssäni huomioin myös AVH-yhdyshenkilötoiminnan kuntoutusohjauksellisen näkökulman. Tämä näkökulma osaltaan perustelee kuntoutuksen ohjaajan tarvetta perusterveydenhuoltoon. Vertaus AVH-yhdyshenkilötoimintaan perustuu siihen, että AVH-yhdyshenkilön ajatellaan olevan aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutusprosessissa kuntoutusohjaajan roolissa. Kokonaiskuntoutuksessa hyvällä hoitokäytännöllä on merkityksensä. Kyselyssäni selvitän myös AVH-yhdyshenkilöiden tietämyksen hyvästä kuntoutuskäytännöstä sekä Käypä hoito-suosituksista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutusprosessissa.

Opinnäytetyö on osa Taysin kuntoutuksen vastuuyksikön vuoden 2015 kehittämis-teemaa. Opinnäytetyöstä on sovittu yhteistyössä työelämätahon kanssa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on yhteistyökumppanini. Taysin kuntoutuksen vastuuyksikkö on kiinnostunut opinnäytetyöni tutkimuksen tuloksista. Tuloksilla on merkitystä AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämisessä Pirkanmaalla.

7.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymyksenä ovat

1. Miten kuntoutusohjausprosessi toimii Pirkanmaalla?
2. Miten prosessissa toimijoiden yhteistyö tapahtuu?

3. Miten AVH-yhdyshenkilö voi toteuttaa kuntoutusohjauksellista työtään perusterveydenhuollossa? Samalla selvittäen; mitä esteitä hyvälle AVH -yhdyshenkilötoiminnalle on ja minkälaisia kehittämistarpeita toiminnassa on.

8 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

8.1 Tutkimuksellinen lähestyminen

Opinnäytetyöni tutkimuksessa on sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen lähestymistapa. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen eroja on käytännössä vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan. Tutkimussuunnat voidaankin nähdä toisiaan täydentävinä lähestymistapoina. Tutkimuksessa menetelmiä voidaan käyttää rinnakkain, jolloin laskennallisten tekniikoiden ja intensiivisen kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan laajentaa tuloksia koskemaan koko aineistojoukkoa. Tutkimuksessa voi ajatella myös kvantitatiivisen lähestymisen käsittelevän numeroita ja kvalitatiivisen merkityksiä. Numerot ja merkitykset voivat olla myös toisistaan riippuvaisia. Esimerkiksi numerot voivat perustua merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 135–137.)

Jorma Kanasen mukaan monimenetelmäisessä tutkimusasetelmassa (triangulaatio) käytetään erilaisia lähestymistapoja, tiedonkeruumenetelmiä ja analyysimenetelmiä ilmiön ymmärtämiseksi. Monimenetelmäisellä lähestymisellä on mahdollista saada tutkittavasta ilmiöstä syvällisempi näkemys. Vaihtoehtona on myös, että itse ilmiö on niin monimuotoinen, että yhdellä tutkimusmenetelmällä ei saada tarvittavaa tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa nimensä mukaisesti määrällistä ja kvalitatiivinen puolestaan laadullista tutkimusta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään aineistoa tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää myös riittävää määrää havaintoyksiköitä, jotta tulokset olisivat luotettavia. Mittaamisella on tarkoituksena tuottaa perusteltua, luotettavaa sekä yleistävää tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan tehdä vasta, kun ilmiö on riittävän täsmentynyt. Täsmentämiseen voidaankin käyttää kvalitatiivista tutkimusotetta. Tutkimusotteissa on eroa myös menetelmien

osalta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään havainnointia, haastattelua ja tekstianalyysia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa puolestaan lasketaan määriä. Haastattelu voi olla myös kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, mutta silloin on oltava käytössä strukturoidut kysymykset. Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta voi syntyä erilaisia tulkintoja. Tulkintoihin vaikuttavat tutkijan omat kokemukset sekä kiinnostuneisuus tutkittavaa ilmiötä kohtaan. (Kananen. 2011, 16 -19.)

8.2 Tutkimusaineiston määrittely

Opinnäytetyössäni kuvaan aineistoni tilastollisella analyysillä. Kvantitatiivinen aineisto on määrällistä, tilastollista aineistoa, jossa käsitellään numeroita, lukuja ja muuttujia koskevia tunnuslukuja. Laadullinen aineisto puolestaan on verbaalisessa, tekstuaalisessa tai visuaalisessa muodossa. Laadullisen aineiston analysointi on tutkijan käytännön ratkaisuja sekä hänen päätöksensä hyödyntäviä tuloksia. Myös teknisissä analysointimenetelmissä tutkija ohjaa tuloksia. Analysoitavan aineiston tulee olla sopusoinnussa tutkimuksen ongelmanasettelun ja tutkimuksen päämäärän kanssa. Tutkimusaineistoa analysoitaessa tulee menetellä niin, että aineistosta saadaan mahdollisimman paljon sellaista tietoa, jolla tutkija voi kuvata, selittää tai ymmärtää kohdettaan riittävän tarkasti. (Pihlaja 2004,153 -157.)

Kyselytutkimus tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Surveyssa kyselyn aineisto kerätään standardoidusti ja jossa koehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoinnin edellytys on, että kysymykset esitetään kaikille samalla tavalla. Kyselyaineiston käsittely tapahtuu tutkimuksessa kvantitatiivisesti. Kyselytutkimus on tehokas ja tutkijan aikaa säästävä tapa. Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu takaa, että aineiston voi helposti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneohjelman avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193 -195.)

Tutkimuskysymykset johdetaan tutkimusongelmasta. Kysymysten avulla ratkaistaan tutkimusongelma. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kysymykset voivat olla muodoltaan, mitä, miten, kuinka, miksi, paljonko. Mitä kysymys on ns. peruskysymys ja

muut sille alisteisia. Mitä kysymyksellä saadaan vastaus, mistä joku ilmiö johtuu. Miten kysymyksellä puolestaan saadaan asiaan sidonnaisuus tai riippuvuus. Kyselylomakkeen kysymykset yhdessä tuottavat ratkaisun tutkimusongelmaan. (Kananen 2011, 26–27.)

Oma tutkimukseni perustuu sekä E-kyselylomakkeeseen sekä haastatteluun. Kyselylomakkeeni sisältää strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Mielipidekysymyksissä käytän asteikkoa, jonka ääripäät ovat täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä asiasta. Mielipidekysymyksissä pyrin rajoittamaan vaihtoehtojen vain yhteen, jotta vastaus olisi mahdollisimman totuuden mukainen. Mielipidekysymysten jälkeen lomakkeessa on aina mielipidettä selittävä osio, jossa vastaaja voi halutessaan selittää mielipiteelleen perusteita. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset käsittelen laadullisen lähestymistavan mukaisesti. Avoimet kysymykset kopioin tekstinkäsittelyohjelmaan, mistä minun on helpompi analysoida vastauksia. Haastattelusta saamani materiaalin litteroin aluksi, jonka jälkeen kirjoitan yhteenvedon kyselylomakkeessa olevien aihealueiden mukaisesti. Kuntoutusohjaajan haastattelun tuottamat tiedot verrataan strukturoidun kyselylomakkeesta esiin tulleisiin vastauksiin.

8.3 Tutkimuksen eteneminen

Opinnäytetyöni idea oli mielessäni jo pidemmän aikaa. Aiheen pohdinta alkoi jo opinnäytetutkimuksiin liittyvän keskustelun alkuaikoihin. Kuntoutuksen ohjaajan tarpeen selvittäminen perusterveydenhuoltoon oli tutkimukseni ideana heti aluksi. Aiheseminaarissa suunnitelmani oli lähestyä tutkimusasetelmaa selvittämällä Taysin kuntoutusohjaajan toimenkuvaa. Toimenkuvan selvityksen avulla olisi voinut ajatella perusterveydenhuollon kuntoutusohjaajan mahdollista toimenkuvaa perusterveydenhuollossa. Seminaarissa sain ohjeeksi lähteä tutkimaan jo olemassa olevaa prosessia. AVH- yhdyshenkilötoiminta oli olemassa oleva malli, joka siten valikoitui tutkimuskohteekseni. AVH-yhdyshenkilötoiminta on kehitelty aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen henkilön kuntoutusohjausprosessiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Yhdyshenkilötoiminnassa olen aiemmin ollut itsekin mukana ja toiminta oli minulle jollakin tasolla tuttua. Toimintaan perehtyminen kuulosti siten mielenkiintoiselta. Myös työelämä kiinnostui aiheesta. Olin ollut Taysin kuntoutuk-

sen vastuuyksikön kuntoutuspäällikön Tuula Haukka-Wacklinin kanssa puhelinyhteydessä tulevasta harjoittelujaksostani ja keskustellut mahdollisesta tutkimussuunnitelmastani hänen kanssaan. Tutkimussuunnitelmani tuki myös kuntoutuksen vastuuyksikön tämän vuotista kehittämisteemaa. Kuntoutuksen vastuuyksiköllä on vuoden 2015 kehittämisteemana kuntoutusohjaajan toimenkuvan selkiyttäminen ja kuntoutusohjauksen näkyvyys. Tutkimukseni on osana työelämän kehittämistyötä. Opinnäytetyöni on mukana AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyöni tutkimuksellinen pohdinta alkoi jo keväällä 2014, mutta vahvistui syksyllä 2014. Opinnäytetöiden seminaari pidettiin tammikuussa 2015. Tutkimusaiheen valinnan esittely työelämäkumppanille tapahtui käytännön harjoitteluni alussa maaliskuussa 2015. Opinnäytetyöhöni sain harjoitteluajalla myös materiaalia. Opinnäytetöiden seminaarit pidettiin toukokuussa 2015 ja samaan aikaan sain opinnäytetyölleni tutkimusluvan. Toukokuussa käsittelin tutkimukseni tulevia kysymyksiä AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyöryhmässä. Kehittämistyöryhmästä sain palautteen, että kysymykset kuulostivat aiheellisilta. Vain muutamia muutoksia teimme yhdessä kysymyksiin. Lupahakemukseni jätin Taysiin toukokuun lopulla ja tutkimusluvan sain kesäkuulla. Tutkimusluvassani oli lisäksi maininta, että tarvitsen luvan kaikkien AVH-yhdyshenkilöiden kyselyyn vastaamiseen heidän organisaatioiltaan. Lupien pyytämiseksi lähestyin kaikkien Pirkanmaan sairaanhoitopiirien ylläkäreitä ja pyysin lupaa heidän AVH – yhdyshenkilöille vastata kyselyyni työajalla. Lupavastauksia tuli hyvin eri tahtiin ja eri tavalla. Osalle organisaatioista tarvitsi tehdä oma lupa-anomus ja osalle organisaatioista riitti vain informaatio tutkimuksesta.

Opinnäytetyöni materiaali koostuu e-kyselystä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin AVH-yhdyshenkilöille (23) ja Taysin kuntoutusohjaajalle tekemästani haastattelusta. Haastattelun pohjana käytin E-kyselyn kysymyksiä soveltaen niitä kuntoutusohjaajan rooliin. E-kyselyt lähtivät yhdyshenkilöille 28.7.2015. Vastauksia sain alkuun määrällisesti vähän johtuen kesän loma-ajasta. Muistutusviestin kyselystä lähetin 25.8.2015. Taysin kuntoutusohjaajan haastattelu oli 1.9.2015. Haastattelussa sain selville, että yksi AVH-yhdyshenkilö oli vaihtanut kyselyni aikana työpaikkaa. Päädyinkin vielä kysymään puuttuvan AVH-yhdyshenkilön seuraajaa vastaajien ryhmään. 6.9.2015 lähettämäni muistutuksen aikana huomasin myös, että minulla oli ollut koko ajan

yhden AVH-yhdyshenkilön sähköpostiosoite väärin. Nopealla aikataululla muutin vielä vastaajaryhmääni yhdellä oikealla sähköpostiosoitteella sekä yhdellä vaihtuneella AVH-yhdyshenkilöllä. Korjaustoimenpiteistä huolimatta vastaajien määrä ei kokonaisuudessaan lisääntynyt. E-kyselyni sulkeutui 11.9.2015.

Opinnäytetutkimukseni tulee esitettäväksi opinnäytetyön seminaarissa lokakuussa 2015. Lisäksi työni esittelen marraskuussa 2015 AVH yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyöryhmässä. Työni tulokset menevät myös Taysin kuntoutuksen vastuuyksikön käyttöön.



Kuva 2. Havainnollistettuna opinnäytetyön -prosessi.

9 TULOKSET

9.1 Kyselyn tulokset

Kyselyn lähetin 23 AVH-yhdyshenkilölle, joista kaksi vaihtui vielä prosessin viime vaiheilla. Toinen vastaajista vaihtui työpaikan vaihdon vuoksi ja toinen sen vuoksi, että alkuperäiseen kyselyn osoitteistoon olin vahingossa kirjannut väärän osoitteen. Vastauksia sain 17, mikä on 74 % vastaajista.

9.1.1 AVH-yhdyshenkilöiden taustatietoja

Kyselyyn vastanneista yhdyshenkilöistä suurin osa oli ammatiltaan fysioterapeutteja. 11 (65 %) vastaajista oli fysioterapeutteja. Lisäksi yksi fysioterapeutti toimi vastaavana fysioterapeuttina (6 %). Toimintaterapeutteja ja sairaanhoitajia oli vain yhdet vastaajista (6 +6 %). Yksi vastaajista oli osastonhoitaja (6 %) ja kahdella vastaajista (12 %) oli kuntoutusohjaajan tehtäväkuva. Vastaajien työpisteissä oli kirjavuutta eikä vastausten perusteella voinut saada tarkkaa tilastoa työpisteistä, kun osa vastaajista oli vastannut toimivansa vai terveyskeskuksessa. Terveyskeskuksen toimipistettä ei ollut kaikilla näin merkittynä. AVH-yhdyshenkilötoiminnan käsikirjan mukainen tavoite kuitenkin näyttäisi toteutuvan, sillä käsikirjan mukaisesti tavoitellaan yhdyshenkilöitä sekä avopuolelle että osastotyöhön. Vastaajat olivat keskimäärin toimineet yhdyshenkilöinä 5,74 vuotta. Mediaaniluku 5 kuvaa myös hyvin keskimääräistä tuloa. Mediaanin mukaan kuitenkin keskimääräistä isommalla joukolla on alle viiden vuoden kokemus yhdyshenkilötoiminnasta. Vastaajista neljä oli toiminut yhdyshenkilönä jo kymmenen vuotta tai yli, mikä kertoo pitkästä yhdyshenkilötoiminta kokemuksesta. Yhdyshenkilötoiminta on alkanut vuonna 2000. Yksi vastaajista on toiminut yhdyshenkilönä koko toiminnan ajan. Seuraavana on AVH-yhdyshenkilötoiminnan kokemus esitettyinä taulukon muodossa.

Taulukko 1. Kuinka kauan on toiminut AVH-yhdyshenkilönä

<i>Muuttuja</i>	<i>Lkm</i>	<i>Keski- arvo</i>	<i>Medi- aani</i>	<i>Keski- hajonta</i>	<i>Minimi</i>	<i>Ala- kvartiili</i>	<i>Ylä- kvartiili</i>	<i>Maksimi</i>
Kuinka kauan olet toiminut AVH-yhdyshenkilönä?	17	5,74	5,00	4,60	0,50	1,00	9,00	15,00

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen terveystieteiden keskuksissa väestöpohja vaihtelee 2000 asukkaasta 223 000 asukkaaseen. Väestöpohja jakautuu keskimääräisesti 20 000 asukkaaseen. Vastaajista neljällä (24 %) oli alle 5000 asukkaan väestöpohja ja kymmenellä (59 %) 10 000 ja 50 000 asukkaan välillä. Luvut ovat esitettynä taulukossa 2.

Taulukko 2. Kuinka suuri väestöpohja on AVH-yhdyshenkilön toimialueena

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
– 5000	4	24
5001 - 10000	2	12
10001 - 50000	10	59
50001 - 300000	1	6
Yht.	17	100

Työpari oli nimetty yhdeksälle AVH-yhdyshenkilölle (53 %). Kahdeksan (47 %) yhdyshenkilöä ilmoitti, että heillä ei ole nimettynä työparia. Nimetyistä työpareista viisi oli fysioterapeutteja ja kaksi sairaanhoitajaa. Lisäksi yksi lääkäri ja lähihoitaja olivat nimettynä AVH-yhdyshenkilön työpariksi.

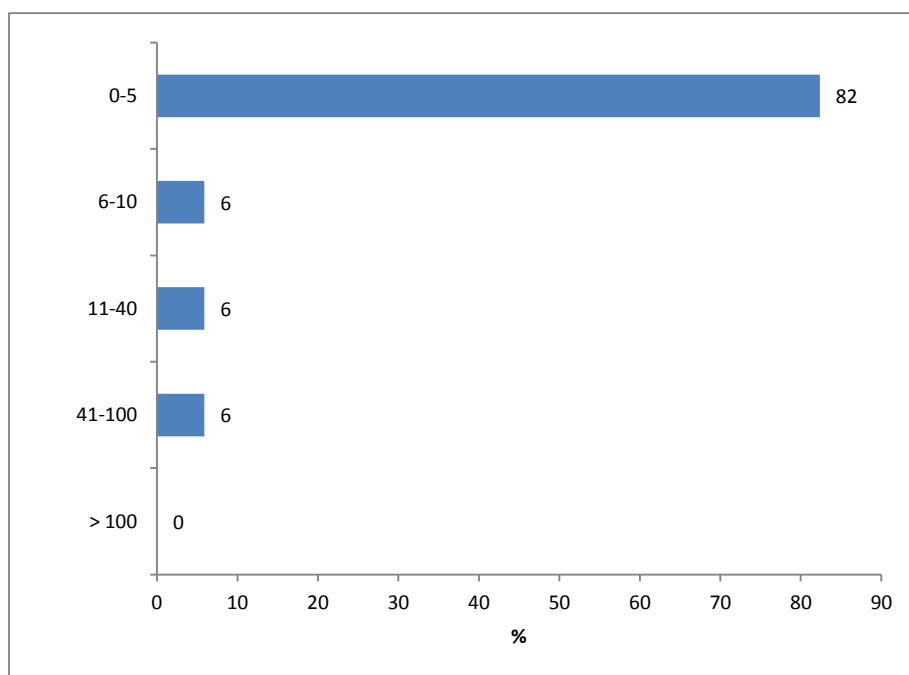
9.1.2 AVH-yhdyshenkilötoiminnan keskeisiä tehtäviä

Kyselyssäni kartoitin, mitkä vastaajat kokevat kolmeksi keskeisimmäksi tehtäväksi yhdyshenkilötoiminnassaan. Kysymyksen asettelu oli vapaamuotoinen. Keskeisimpiä tehtäviä piti vastauksessa mainita kolme. Ohjaus ja neuvonta ilmaisua olivat käyttäneet kuusi vastaajista. Jokaisessa muussakin vastauksessa oli jollakin tavalla ymmärrettävissä ohjaus ja neuvonta keskeisenä tehtävänä. Vastauksissa oli myös mainintana. Neljä AVH-yhdyshenkilöä kuvaa keskeisimpinä tehtävinään aivohalvauspotilaan toimintakyvyn arvioinnin ja kolmella oli selkeästi keskeisenä tehtävänä osallistumi-

nen kuntoutussuunnitelmien tekoon. AVH-yhdyshenkilö toiminnan yhtenä tavoitteena on toimia paikallisena kuntoutuksen ohjaajana. Vastauksista selkeästi kuudella oli keskeisinä tehtävinä mainittuna koordinointiin liittyvät asiat. Omaisten ohjaus mainitaan viidessä vastauksista ja yhdeksällä vastaajista mainitaan erityisesti henkilökohmainen kontakti sairastuneeseen. Jokaisella yhdyshenkilöllä tehtäviin kuuluu olla yhteydessä AVH-sairastuneeseen. Vastausten vapaamuotoisuus vaikeuttaa kuitenkin tulkintaa. Yhteydenotosta sairastuneeseen ei suoraan mainittu kaikissa vastauksissa. Ensietiedosta informointi mainittiin neljällä vastaajalla. Yhdellä vastaajista keskeisenä tehtävänä oli myös henkilökunnan ohjaaminen. Mielenkiintoinen huomio oli yhden yhdyshenkilön vastauksessa, kun hän mainitsi keskeisimmäksi tehtäväkseen olla paikallisen vertaistukikerhon vetäjänä.

9.1.3 AVH-yhdyshenkilötoiminnan tehtäväkuvausta

Kyselyssä tiedusteltiin, kuinka paljon yhdyshenkilöiltä kuluu yhdyshenkilötoimintaan kuukaudessa. 82 %:lla vastaajista työajasta kuluu 0-5 tuntia yhdyshenkilötoimintaan kuukaudessa. Lopuilla vastaajista työaika kului kuudesta tunnista sataan tuntiin.



Kuvio 1. kuinka paljon työaika kuluu AVH-yhdyshenkilöiltä kuukaudessa

Taulukko 3. Kuinka monen AVH-asiakkaan kanssa yhdyshenkilö on ollut yhteydessä viime vuoden aikana.

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
0-10	8	47
11 -20	4	24
21 -30	1	6
31 -40	2	12
>40	2	12
Yht.	17	100

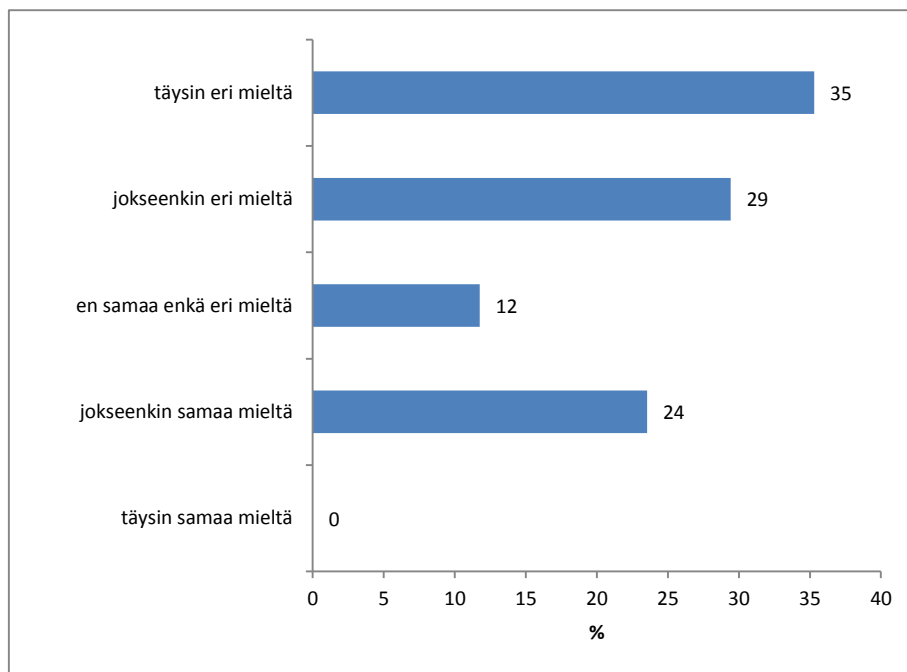
Taulukon kolme mukaan liki puolet AVH-yhdyshenkilöistä ovat olleet 0-10 asiakkaan kanssa tekemisissä viime vuoden aikana. Kaikista vastaajista vain neljällä on ollut yli 30 asiakasta. Asiakkaiden maksimimäärää ei kyselyssä rajattu. Vastaajista 94 % (n 16) oli ollut Taysin kuntoutusohjaajan kanssa yhteydessä 0-5 asiakkaan asioissa. Vastaajista kuusi kuitenkin mainitsi selitysosiossa, että ei ole ollut kuntoutusohjaajaan yhteydessä. Myös yksi vastaaja oli viiva-merkillä ilmoittanut yhteydenotonsa Taysin kuntoutusohjaajaan. Vastaajat olivat olleet kuntoutusohjaajan kanssa tekemisissä lähinnä jatkokuntoutus ja kuntoutussuunnitelma asioissa. Lisäksi Taysin kuntoutusohjaajan kanssa asiointia oli työnjaollisissa ja kuntoutuksellisissa asioissa. Sähköisten apuvälineiden hankinta oli ollut myös jonkun yhdyshenkilön yhteydenoton syy Taysin kuntoutusohjaajaan.

12 vastaajan alueella toimii paikallinen AVH-aluekerho. Yhteistyö kerhojen kanssa on lähinnä vierailuja kerhoissa tai informointina kerhoista. Yksi AVH-yhdyshenkilö kertoi olevansa aluekerhon vetäjä.

Kyselyssäni oli 25 väittämää, joihin AVH-yhdyshenkilöiden tuli vastata oman mielipiteensä mukaisesti. Väittämät koskivat AVH-yhdyshenkilötoiminnan toteutumista ja liittyivät yhdyshenkilöille laadittuun käsikirjaan. Väittämät olivat: 1. täysin eri mieltä 2. jokseenkin eri mieltä 3. en saamaa enkä eri mieltä 4.jokseenkin samaa mieltä 5. täysin samaa mieltä.

Kysyessäni AVH-yhdyshenkilön työnkuvan kirjaamista, vastaukset jakautuivat neljälle eri vaihtoehdolle. Pääpaino vastauksissa oli eriävällä mielipiteellä. 35 % vastaajista oli täysin eri mieltä ja 29 % vastaajista jokseenkin eri mieltä. Vastauksen seli-

tysosiossa ilmaistiin, että työnkuvaa ei ole kirjattu ja tehtävät ovat vain omassa tiedossa. Hyvänä huomiona oli mielestäni myös selitysosiossa oleva kommentti: *sijaisen on vaikea pitää kiinni tehtävistä, kun ei ole selkeää ohjeistusta kirjattuna*. Seuraavassa kuvioon 2 on kuvattuna mielipiteet havainnollistettuna.

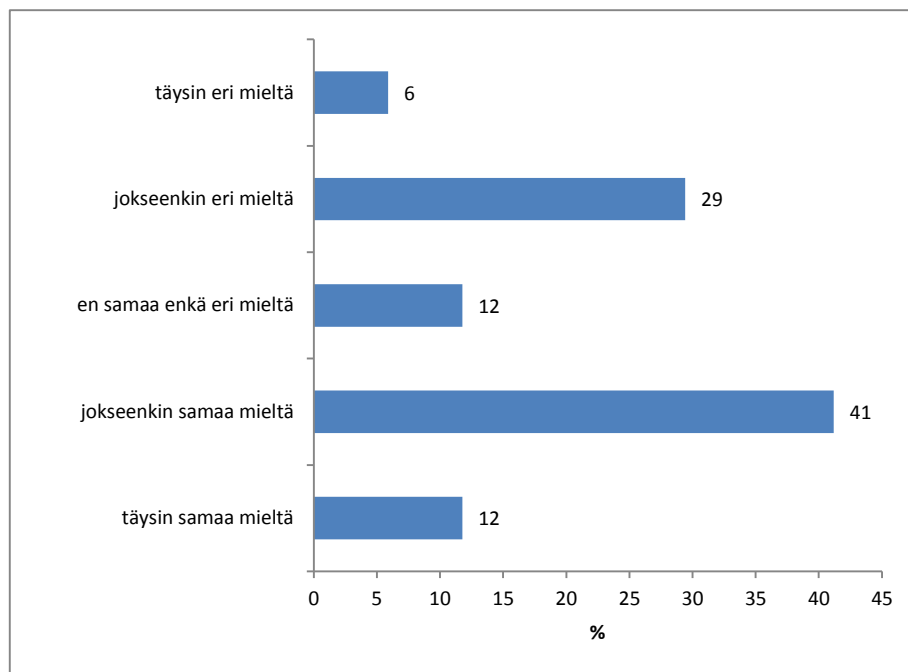


Kuvio 2. Väittämä: työnkuva on kirjattu selkeästi organisaatiossani

Tehtäväjako työparin kanssa jakautui vastaajien kesken aika tasaisesti. Kuusi vastaajista (35 %) oli täysin eri mieltä siitä, että tehtäväjako olisi ollut selkeä työparin kanssa. Yksi vastaaja (6 %) oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Kolme vastaajista (18 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä tehtäväjalon selkeydestä työparinsa kanssa. Vastaajista neljä (24 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että työnjako on selvä työparinsa kanssa. Vastaajista kolmella (18 %) oli jokseenkin samaa mieltä vaihtoehto valittuna. Vastauksien tulkinnassa epävarmuutta osoittaa vaihtoehtojen valinta. Laskennallisesti vastaukset eivät täsmää esitettyihin lukuihin olemassa olevista työpareista. Kuusi vastaajaa oli täysin eri mieltä, vaikka kahdeksalla yhdyshenkilöllä ei ollut nimettyä työparia.

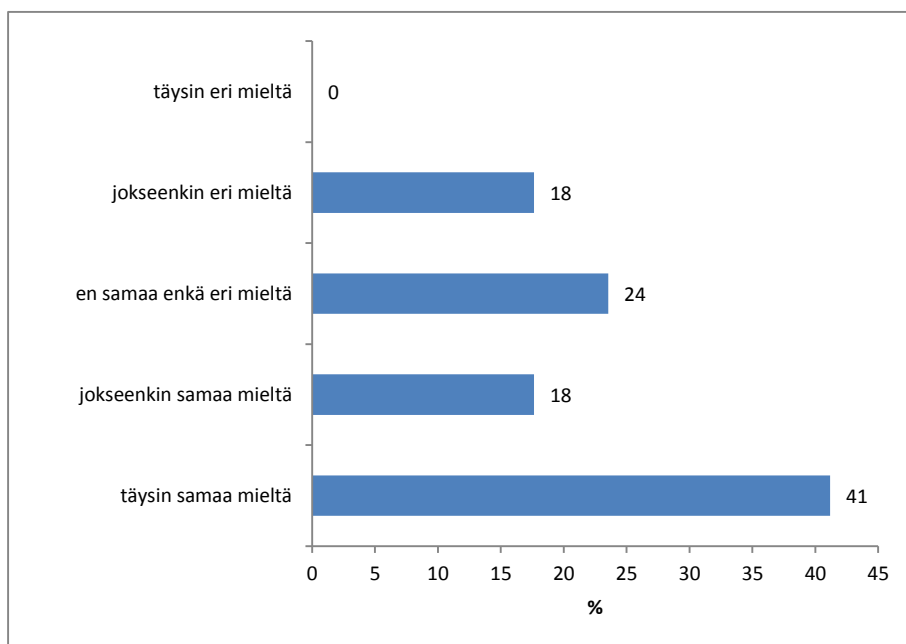
AVH-yhdyshenkilö toiminta ei vastausten perusteella tunneta kunnassa kovin hyvin. Kukaan vastaajista ei ollut täysin samaa mieltä, yksi vastaaja (6 %) oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Loput vastaajista olivat jokseenkin eri mieltä (53 %) tai täysin eri mieltä (6 %) tai ei samaa eikä eri mieltä (35 %).

Epikriisin kulkeutuminen AVH-yhdyshenkilöille oli yksi kyselyni selvityksen kohde. Epikriisin kulkeutuminen Taysista AVH-yhdyshenkilöille koettiin sujuvana. Vastaajista hieman yli puolet oli sitä mieltä, että epikriisi kulkeutuu yhdyshenkilöille joko täysin samaan mieltä olevasti tai jokseenkin samaa mieltä ollen. Epikriisin kulkeutuminen on kuvattuna kuviossa 3. Epikriisin kulkeutuminen Valkeakosken aluesairaalaan jakoi mielipiteitä. Täysin samaa mieltä väittämistä oli yksi vastaajista (6 %). Jokseenkin samaa mieltä oli kaksi vastaajista (12 %). Seitsemän (41 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Täysin eri mieltä väittämästä oli kuusi (35 %) vastaajista ja jokseenkin eri mieltä oli vielä yksi vastaaja (6 %). Epikriisin kulkeutuminen Hatanpäältä AVH-yhdyshenkilöille vastasi suunnilleen samaa linjaa kuin epikriisin kulkeutuminen Valkeakoskelta. Sujuvaa epikriisin kulkeutumista puolsi vain yksi vastaaja (6 %) ja jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli kaksi vastaajaa (12 %). Seitsemän vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä (41 %) ja neljä (24 %) oli jokseenkin sitä mieltä että epikriisi kulkeutuu sujuvasti AVH-yhdyshenkilölle Hatanpäältä. Kolme vastaajaa (18 %) oli täysin eri mieltä siitä, että epikriisi kulkeutuu yhdyshenkilölle sujuvasti Hatanpäältä. Myös Epikriisin kulkeutuminen Tammenlehväkeskuksesta AVH-yhdyshenkilölle kartoitettiin. Vastauksissa ei ollut juuri eroavaisuuksia edellisiin hoitopaikkoihin nähden. Yksi vastaaja (6 %) oli täysin samaa mieltä, että epikriisi kulkeutuu AVH-yhdyshenkilölle sujuvasti ja kuusi (35 %) oli jokseenkin sitä mieltä, että epikriisi kulkeutuu sujuvasti Tammenlehväkeskuksesta. Seitsemän vastaajista (41 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta, mikä oli mielipiteenä edellisiä vastaavaa. Täysin eri mieltä epikriisin kulkeutumisen sujuvuudesta oli kaksi vastaajaa (12 %) ja yksi jokseenkin eri mieltä (6 %). Vastausten perusteella epikriisin kulkeutuminen AVH-yhdyshenkilölle vaatii vielä toiminnan tarkastelua ja ideointia.



Kuvio 3. Epikriisi kulkeutuu AVH-yhdyshenkilölle sujuvasti Tays:sta.

AVH-yhdyshenkilön keskeiseen tehtävään kuuluu yhteydenpito AVH-sairastuneeseen. Yhdyshenkilön käsikirjassa on määritelty kolmen kuukauden kuluessa yhteydenotto sairastuneeseen kotiutumisen jälkeen. Seuraavassa on havainnollistettuna AVH-yhdyshenkilöiden näkemys seurannan toteutumisesta. Kyselyn perusteella näyttäisi siltä, että kolmen kuukauden seuranta toteutuu Pirkanmaalla hyvin. 41 % vastaajista on täysin samaa mieltä väittämästä ja 18 % jokseenkin samaa mieltä väittämästä. Yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kohdalla. Yllättävää on kuitenkin, että 24 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Voiko ajatella, että neljällä vastaajalla ei ollut aivan tarkkaa käsitystä seurannan toteutumisesta vai seuranta ei toteudu heistä aivan kolmen kuukauden sisällä. Vastauksia on vaikea täysin oikein tulkita. Vastausten selitysosiossa oli kirjattu, että ei ole ylipäättään tietoa kaikista sairastuneista tai seuranta toteutuu kaikille, jotka ovat kotiutuneet Taysista tai Valkeakoskelta. Yhden vastaajan mukaan kaikille terveyskeskuksessa hoidetuille seuranta kyllä toteutuu. Seuravaksi kuviossa 4 on kuvattuna AVH-yhdyshenkilöiden näkemys kolmen kuukauden seurannasta omassa kunnassaan.



Kuvio 4. Väittämä: AVH-sairastuneen seuranta toteutuu kolmen kuukauden sisällä kotiutuksesta.

AVH-sairastuneen kotiutuspalaveriisiin osallistumista kartoitettiin myös yhdyshenkilöiltä. Heistä seitsemän (41 %) oli sitä mieltä, että he eivät osallistu AVH-sairastuneen kotiutuspalaveriin terveyskeskuksessaan. Täysin samaa mieltä asiasta oli vain kaksi vastaajaa (12 %). Taulukossa 4 on esitettynä osallistuminen AVH-sairastuneen kotiutuspalaveriisiin. Selityksenä asialle löytyi, että kotiutuspalaveriisiin ei osallistuttu joko sen vuoksi, että yhdyshenkilö toimii poliklinikalla tai toinen vastaa kotiutuspalavereista. Yhdellä vastaajalla oli selitysosiossa myös mainintana, että akuuttivuodeosastotoimintaa ei ole paikkakunnan terveyskeskuksessa.

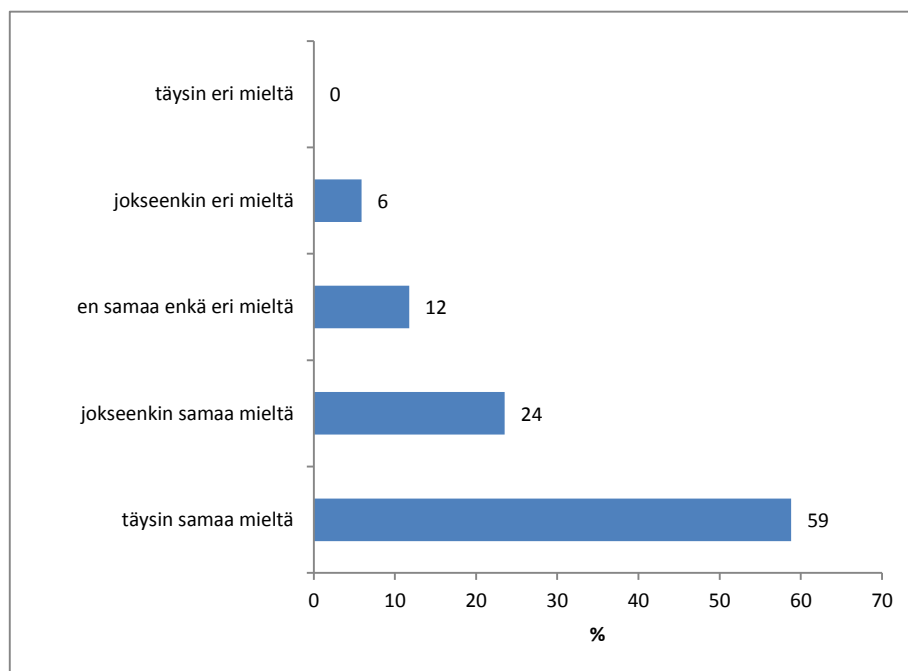
Taulukko 4. Väittämä osallistun AVH-sairastuneen kotiutuspalaveriin omassa terveyskeskuksessani.

	<i>Lkm</i>	%
täysin eri mieltä	7	41
jokseenkin eri mieltä	0	0
en samaa enkä eri mieltä	1	6
jokseenkin samaa mieltä	7	41
täysin samaa mieltä	2	12
Yht.	17	100

Jatkohoitopaikoissa AVH-sairastuneen kotiutuspalaveriisiin ei kyselyn mukaan osallistuta juurikaan. Vastanneista seitsemän (41 %) oli täysin eri mieltä siitä, että he osallistuvat kotiutuspalaveriisiin jatkohoitopaikoissa. Jokseenkin eri mieltä oli kaksi vastaajaa (12 %). Vastanneista kolme (18 %) oli sitä mieltä, että väittämässä he ovat

jokseenkin samaa mieltä. Kukaan ei ollut väittämässä samaa mieltä. Osallistuminen jatkohoitopaikkojen kotiutuspalavereihin kuvattiin hyvin sattumanvaraisena.

Kirjaaminen ja työn dokumentoiminen on nykypäivänä tärkeää. Yhdyshenkilöiden käsikirjassa on ohjeistettuna myös kirjaaminen. Yhteydenotot asiakkaaseen tulee kirjata potilastietojärjestelmään. Kirjaamisessa on käsikirjan mukaan tavoiteltu kirjaaminen yhdyshenkilötoiminnassa KUN-lehdelle. AVH-yhdyshenkilöiltä kysyttiin mielipidettä systemaattisesta kirjauksesta potilastietojärjestelmään. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 10 vastaajaa (59 %) ja jokseenkin samaa mieltä neljä vastajaa (24 %). Vain yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä (6 %), mutta yhtään vastaajaa ei ollut täysin eri mieltä. Kaksi vastaajista (12 %) eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä väittämässä. Kirjaaminen on kuvattuna kuviossa 5.

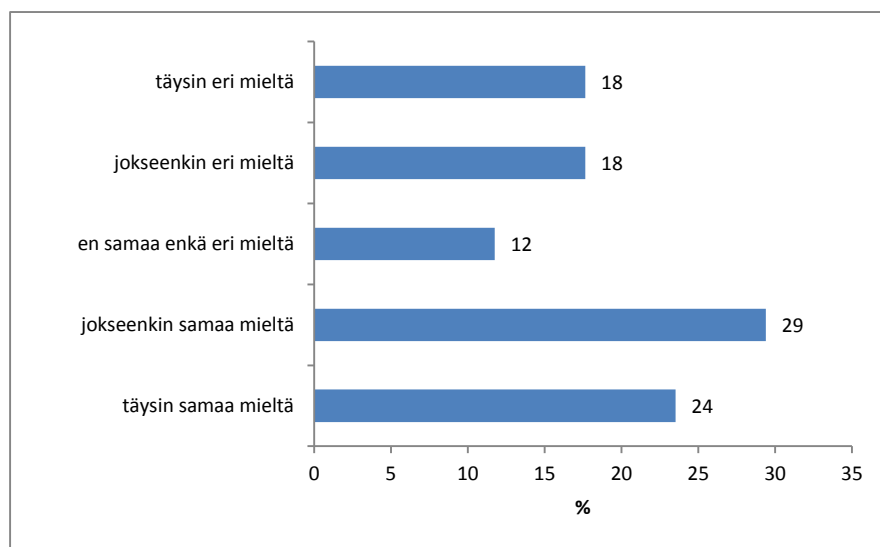


Kuvio 5. Väittämä: Kirjaan systemaattisesti potilastietojärjestelmään yhteydenottoni AVH-asiakkaaseen.

Asunnonmuutostöihin osallistuvat pääasiallisesti oman alueen fysioterapeutit Täysin kuntoutusohjaajankin mukaan. Kyselyssä mielipiteiden mukaan kuusi vastaajaa (35 %) ovat väittämästä täysin samaa mieltä ja neljä (24 %) ovat jokseenkin samaa mieltä asiasta. 12 vastaajaa olivat ammatiltaan fysioterapeutteja, joten tämän väittämän perusteella eivät kaikki AVH-yhdyshenkilönä toimivat fysioterapeutit tee asunnonmuutostyöarviointeja AVH-sairastuneiden osalta. Viisi vastaajista (29 %) oli täysin

eri mieltä väittämästä, että osallistuvat AVH-yhdyshenkilönä asunnonmuutostyöarviointeihin. Toimintamallia selittävässä osiossa yhdyshenkilöt kuvasivat mm., että kunnassa on oma fysioterapeutti/kuntohoitaja asunnonmuutostyöarviointeja varten ja osa kuvasi, että ovat tarvittaessa mukana asunnonmuutostyöarvioinneissa.

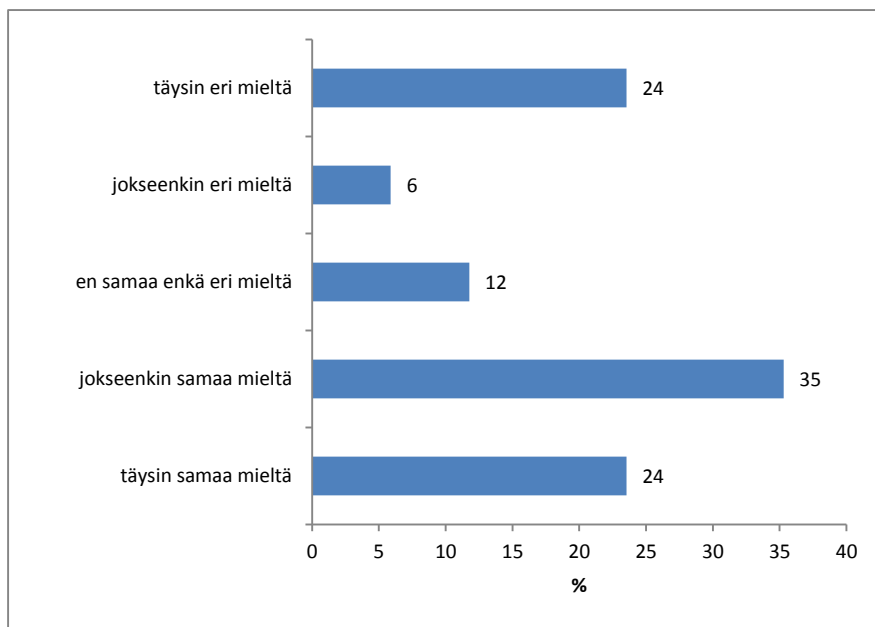
Moniammatilliseen yhteistyöryhmään osallistumista kartoitettiin myös kysymyksissä. Vastausten perusteella osallistuminen moniammatilliseen yhteistyöhön ainakin vastausten perusteella näyttää hyvältä. Vastaajista neljä (24 %) on täysin samaa mieltä asiasta ja viisi (29 %) ovat jokseenkin samaa mieltä. Vastauksia selventävinä kommentteina oli esimerkiksi, että toimitaan tarvittaessa. Lisäselventävinä kuvauksina oli, että toimitaan moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa eri roolissa kuin AVH-yhdyshenkilönä. Yhdellä vastaajalla oli kommenttina, että yhteistyöpalaverit ovat muualla. Toisella vastaajalla oli puolestaan tieto, että toinen henkilö osallistuu yhteistyöpalaveriin. Vastaukset ovat kuvattuna kuviossa 6.



Kuvio 6. Väittämä: Olen mukana AVH-sairastuneen moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa.

Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen osallistuminen kuuluu käsikirjan mukaan AVH-yhdyshenkilön toimintaan. Vastausten perusteella AVH-yhdyshenkilöt pääsevät osallistumaan kuntoutussuunnitelmien tekoon. Vastaajista neljä (24 %) on täysin samaa mieltä väittämässä kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. Kuusi vastaajista (35 %) ovat jokseenkin samaa mieltä siitä, että ovat mukana AVH-sairastuneen kuntoutussuunnitelman laatimisessa. Väittämän suhteen täysin eri mieltä on neljä (24 %) vastaajaa. Yhdellä vastaajalla ei ollut kuntoutussuunnitelmiin osallistumisesta tietoa ja yksi

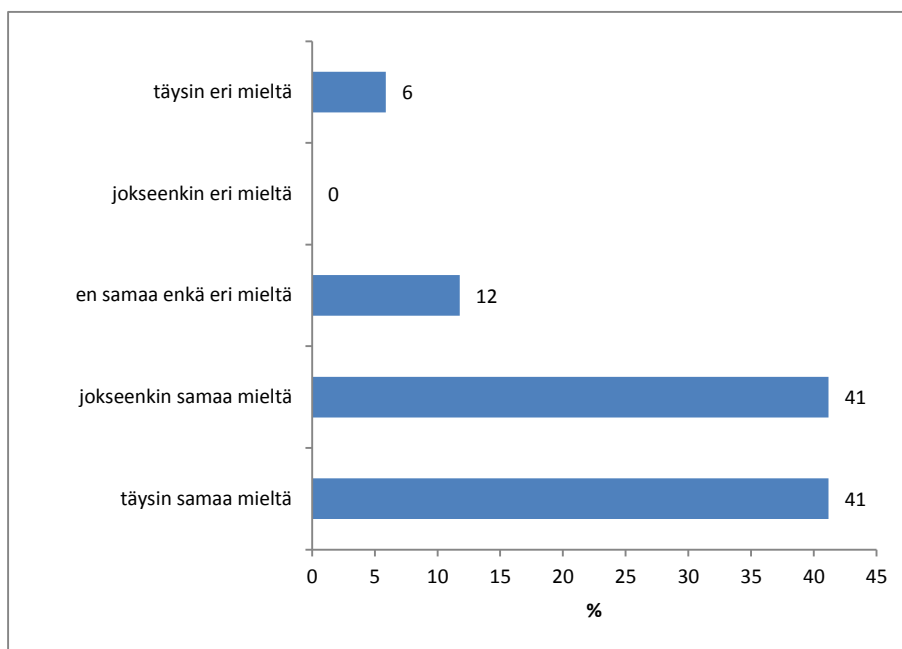
vastaaja kuvasi, että kuntoutussuunnitelmat eivät toteudu omalla paikkakunnalla hyvin. Lisäksi yksi vastaaja kuvaa olevansa mukana kuntoutussuunnitelmien teossa, mikäli ne tehdään vuodeosastolla. Seuraavaksi kuviossa 7 on havainnollistettuna AVH-yhdyshenkilöiden osallistuminen kuntoutussuunnitelmiin.



Kuvio 7. Väittämä: Olen mukana AVH-sairastuneen kuntoutussuunnitelman laatimisessa.

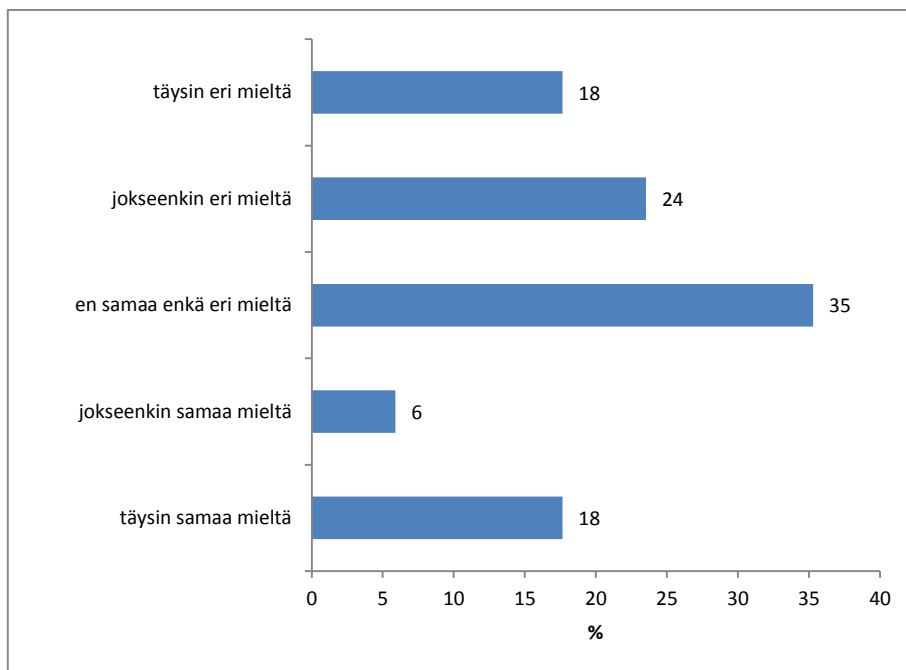
AVH-potilaiden palvelusuunnitelmien osalta vastaajat olivat pääsääntöisesti eri mieltä väittämästä, että ovat mukana palvelusuunnitelmien laatimisessa. Vastaajista neljä (24 %) oli täysin eri mieltä ja neljä (24 %) jokseenkin eri mieltä. Palvelusuunnitelmien tekoon osallistumisessa kolme vastaajaa (18 %) oli täysin samaa mieltä. Palvelusuunnitelmien teosta ei ollut mitään selittäviä kommentteja.

Konsultaatiomahdollisuus Taysin kuntoutusohjaajan kanssa oli kyselyn yksi kartoituksen kohde huomioiden yhteistyö näkökulma. Konsultaatiomahdollisuus koettiin hyväksi, mikä näkyy kuviossa 8. Seitsemän vastajaa (41 %) oli väittämästä täysin samaa mieltä ja myös seitsemän (41 %) jokseenkin samaa mieltä. Vain yksi vastaaja (6 %) oli täysin eri mieltä väittämästä. Kaksi vastaajista (12 %) eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä.



Kuvio 8. Väittämä: Konsultaatiomahdollisuus Taysin kuntoutusohjaajan kanssa on tehty helpoksi.

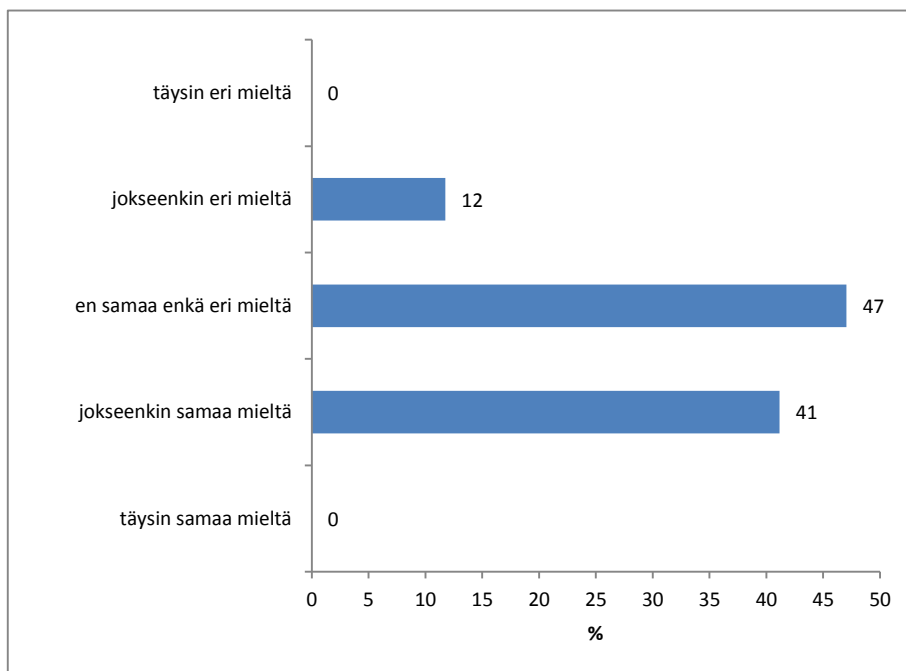
Yhteistyötä Taysin kuntoutusohjaajan kanssa kartoitettiin myös selvittämällä AVH-yhdyshenkilöiden käsitystä yhteisistä kotikäynneistä Taysin kuntoutusohjaajan kanssa. Väittämänä oli, että teen Taysin kuntoutusohjaajan kanssa yhteisiä kotikäyntejä. Vastaajista kolme (18 %) oli väittämästä täysin samaa mieltä. Yksi vastaajista (6 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Kuudella vastaajista (35 %) oli epäselvä mielipide yhteisistä kotikäynneistä, sillä he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä asiasta. AVH-yhdyshenkilöt kuvasivat selvitysosiossa, että paikallinen tietämys tarpeista ja mahdollisuuksista on hyvää. Kuvattiin myös, että AVH-kuntoutujien kohdalla: *yhteiskäyntejä ei ole ollut tarpeen tehdä*. Yksi vastaajista kuvasi myös, että *yhteydenotot tehdään lähinnä perusterveydenhuollon toimesta*. Yhteisistä kotikäynneistä kuvaava esitys on kuviossa 9.



Kuvio 9. Väittämä: Teen Taysin kuntoutusohjaajan kanssa yhteisiä kotikäyntejä.

Mielipide yhteisten kotikäyntien tärkeydestä poikkesi käytännössä hieman yhteisten kotikäyntien suhteen. Neljä vastaajaa (24 %) piti yhteisiä kotikäyntejä tärkeänä ja viisi (29 %) jokseenkin tärkeänä. Vain yksi vastaaja (6 %) oli täysin eri mieltä yhteisten kotikäyntien osalta. Jokseenkin eri mieltä oli neljä vastajaa (24 %). Neutraalisti vastasi kolme yhdyshenkilöä (18 %). Selittävässä osiossa AVH-yhdyshenkilöt kirjoittivat, että heillä ei ole tarvetta yhteistyölle. Selityksenä myös mainittiin, että mahdollisuus yhteistyölle on hyvä.

Käypä hoito-suositusten tietämystä kartoitettiin myös kyselyssä. Kartoitin AVH-potilaiden kuntoutuksen huomiointia käypä hoito-suositusten mukaisesti. Vastausten perusteella on ilmeisesti vielä kehiteltävää käypä hoito-suositusten tietämyksen ja toteutuksen suhteen. Vastaajista kukaan ei ollut täysin samaa eikä täysin eri mieltä väittämässä AVH-sairastuneiden kuntoutuksen seurannasta käypä hoito-suositusten mukaisesti. Vastaajista seitsemän (41 %) oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa ja kahdeksan (47 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kaksi vastaajaa (12 %) oli jokseenkin eri mieltä. Selittävässä osiossa yksi AVH-yhdyshenkilö kirjoitti, ettei ole päivittänyt käypä hoito-suositusta ja toinen kirjoitti, ettei ole tietoa (mikä vastannee samaa). Käypä hoito-suosituksen tietoa kartoittava väittämä on kuvattuna kuviossa 10.

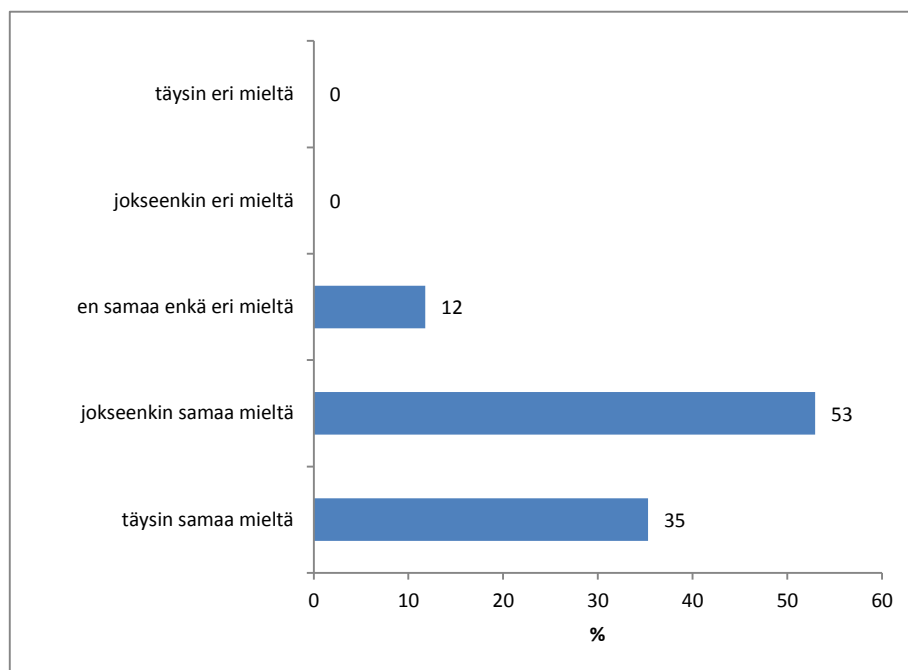


Kuvio 10. Väittämä: AVH-sairastuneen kuntoutuksen seuranta tapahtuu kunnassani käypähoitosuositusten mukaisesti.

Käypä hoito-suositusten mukainen myöhäisvaiheen kuntoutus puolestaan toteutui vastaajien mielestä hieman paremmin kuin kuntoutuksen seuranta. Vastaajista yhdeksän (53 %) oli sitä mieltä, että myöhäisvaiheen seuranta toteutuu jokseenkin saman mielipiteellä väittämän kanssa. Yksi vastaaja (6 %) oli myöhäisvaiheen kuntoutuksen toteutumisesta täysin samaa mieltä. Yksi vastaaja (6 %) oli täysin eri mieltä ja yksi vastaaja (6 %) oli puolestaan jokseenkin eri mieltä. Mielipiteitä selittävässä osiossa yksi vastaajista oli kirjannut, ettei asiasta ole tietoa.

Kysyttäessä AVH-sairastuneiden kokonaiskuntoutuksen tarpeen huomiointia, vastaukset painottuivat positiiviseen suuntaan. Väittämänä oli, että AVH-potilaiden kokonaiskuntoutuksen tarve on huomioitu kunnassani. Neljä vastaajista (24 %) oli väittämässä aivan samaa mieltä ja viisi (29 %) jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli kaksi vastaajaa (12 %). Epätietoisuudesta kertoo kyllä kuuden (35 %) henkilön vastaukset, joissa he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. Kukaan ei kuitenkaan ollut täysin eri mieltä. Selittävinä vastauksina oli huomio, että *nuorilla AVH-sairastuneilla kokonaiskuntoutus huomioidaan ehkä paremmin*. Jollakin vastaajalla vastaus: *ei tietoa kokonaiskuntoutuksesta*.

Ensimmäisen vuoden aikana tapahtuva AVH-potilaiden yksilölliset tarpeet huomioiva avokuntoutus toteutuu vastausten perusteella hyvin. Vastaajista kuusi (35 %) oli täysin samaa mieltä ja yhdeksän (53 %) jokseenkin samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä eikä jokseenkin eri mieltä. Epävarmana mielipiteenä ei samaa eikä eri mieltä oli kaksi vastaajaa (12 %). Kuntoutuksen toteutuminen on kuvattuna kuviossa 11.



Kuvio 11. Väittämä: Kunnassani AVH-asiakkaiden avokuntoutus toteutuu yksilöllisten tarpeiden mukaisesti ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta.

Kelan hyvän kuntoutuskäytännön tietämys oli myös yksi kyselyn selvityksen kohde. Vastaukset on kuvattuna alla olevaan taulukkoon 5.

Taulukko 5. Kelan hyvän kuntoutuskäytännön periaatteet AVH-sairastuneen osalta ovat minulle tuttuja.

	Lkm	%
täysin eri mieltä	1	6
jokseenkin eri mieltä	1	6
en samaa enkä eri mieltä	6	35
jokseenkin samaa mieltä	5	29
täysin samaa mieltä	4	24
Yht.	17	100

Kyselyssä selvitin myös, että kokevatko AVH-yhdyshenkilöt työssään organisaation-
sa tukea. Vastausten perusteella hieman vajaa puolet vastaajista (47 %) ei ollut samaa

eikä eri mieltä väittämässä. Tämän voi tulkita niin, että vastaajilla ei ollut oikein käsitystä organisaation tuesta tai he eivät ole asiaa työssään juurikaan pohtineet. Vastaajista kuitenkin kuudella (35 %) oli organisaation tuki, sillä he olivat täysin samaa mieltä väittämästä. Vielä kaksi (12 %) vastaajaa koki, että he ovat jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Vastauksen perusteella voi olettaa, että myös nämä yhdyshenkilöt kokevat työssään organisaation tukea. Kukaan vastaajista ei onneksi ollut täysin eri mieltä väittämässä. Selittävässä osiossa AVH-yhdyshenkilöt ovat kuvanneet: *tuskin edes johto tietää yhdyshenkilötoiminnasta / organisaatiomuutoksen johdosta ei ole varmuutta tietääkö johto toiminnasta*. Lähiesimiehen tuki oli selkeämmin vastaajilla tiedossa. Vastaajista seitsemän (41 %) koki olevansa täysin samaa mieltä lähiesimieheltä saamastaan tuesta ja kaksi (12 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Kukaan ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä, mutta yksi (6 %) vastaaja kuitenkin jokseenkin eri mieltä. Oudolta tuntuu seitsemän (41 %) AVH-yhdyshenkilön vastaus, sillä he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä väittämässä. Ilmeisesti heille lähiesimiehen tuki on hieman epämääräinen. Yksi yhdyshenkilö kuvaa lähiesimiehen tuessa ajatuksen välinpitämättömyydestä sillä hän vastaa ” *tuskin tietää asiasta, vaikka kuinka esille asiaa tuon* ”.

9.1.4 AVH-yhdyshenkilötoimintaa rajoittavia tekijöitä

Kyselyssä vastaajilta tiedusteltiin kolmea asiaa, mitkä estävät hyvää AVH-yhdyshenkilötoimintaa. Seitsemällä vastaajalla ei ollut mainittuna kolmea rajoittavaa tekijää ja yhdellä rajoittavia tekijöitä löytyi enemmänkin. Selkeästi toimintaa rajoittavin tekijä kuvattiin liian vähäisenä resursointina. Vastaajat kuvasivat, että toimintaa tehdään oman työn ohella (n 3). Vastaajista kahdeksan oli sitä mieltä, että aikaa tai resurssia on toiminnalle liian vähän. Yhdellä vastaajalla oli myös näkemys, että hänellä on liian suuri toimialue tehtäväkuvaan suhteutettuna. Tiedonkulun ongelmat koettiin vastaajien kesken myös haasteellisiksi. Kymmenellä vastaajista oli kokemuksia joko epikriisin huonosta kulkeutumisesta tai muuten tietoa ei ole. Kaikissa tiedonkulun ongelmissa ei kuvattu tarkkaan, mistä tiedonkulun ongelmasta mahdollisesti on kyse. Yhdellä vastaajista ongelmana oli juuri organisaatiotasolla jatkuvat muutokset ja sen myötä tiedonkulun ongelmat. Työnjaon epäselvyydet hyvän AVH-

yhdyshenkilötoiminnan esteenä mainitsi kaksi vastaajista. Etäisyyksien ongelmista mainitsi kolme vastajaa. Kahdella vastaajista oli selkeästi pitkät välimatkat toiminnan esteenä. Yhdellä vastaajista oli vastauksen perusteella toimipisteen maantieteellinen etäisyys hyvää toimintaa haittaavana tekijänä. Sama vastaaja mainitsi esteenä myös liiallisen Tampere-keskeisyyden toiminnassa.

Yhteistyön ongelmat nousivat myös esille, kun vastaajat arvioivat hyvän AVH-yhdyshenkilötoiminnan esteistä. Kolmella vastaajalla oli maininta yhteistyön sujumattomuudesta. Yhteistyön ongelmat kuvattiin lähinnä organisaatorajapinnoissa sekä eri ammattiryhmien välillä. Yhteistyön ongelmia esimerkiksi Taysin kuntoutusohjaajan kanssa ei mainittu missään vastauksissa. Kuntoutuksen seurannassa oli ongelmana tieto, miten aivoverenkiertohäiriöisen henkilön jatkosuunnitelmia seurataan. Yksi vastaajista tiesi, että AVH-sairastuneita ei välttämättä oteta kontrollikäynneille. Kuntoutussuunnitelmien puutteellisuuden oli myös yksi vastaajista nostanut ongelmaksi. Yleisesti tiedon epävarmuus näkyi vastauksissa, mikä puolestaan tukee ajatusta, että toiminnan kehittämiseen ja toimintojen yhtenäistämiseen olisi tarvetta.

9.1.5 AVH-toiminnan sujuminen

Kyselyssäni kartoitin myös vastaajilta, mitkä asiat heidän mielestään toimivat erityisen hyvin. Tätä kysymystä ei määrällisesti rajattu. Vastauksien moninaisuus ja sitonaisuus oman organisaation toimintaan näkyi. Esimerkiksi yhdellä vastaajista moniammatillinen yhteistyö kunnan toimijoiden kanssa sujuu. Aiemmin sama asia oli jollakin toimijalla ollut juuri esteenä hyvälle AVH-yhdyshenkilötoiminnalle. Yksi vastaaja ilmoitti jatkokuntoutuksen toimivan hyvin, mikä osoittaa kyseisen terveyskeskuksen alueella AVH-potilaiden jatkokuntoutuksen olevan aika mukavalla tasolla.

Koulutus sai hyvää palautetta. Neljä vastaajaa kuvasi toimivana Aivoliiton järjestämiä koulutuksia. Vastaajilla oli käsitys, että yhdyshenkilöiden koulutukseen panostetaan. Tiedon saanti näkyi myös positiivisesti. Viidellä vastaajista oli näkemys, että tietoa saa hyvin joko epikriisin tai materiaalin muodossa. Yksi vastaajista nosti esille

myös toimivan yhteistyön Taysin kuntoutusohjaajan kanssa erityisen hyvin toimivan asiana AVH-yhdyshenkilötoiminnassa.

AVH-potilaan seuranta kuuluu AVH-yhdyshenkilön toimintaan. Viidellä vastaajalla sairastuneiden kontrollit koettiin sujuvaksi. Osalla vastaajista korostui juuri kolmen kuukauden kontrollien onnistuminen yhdyshenkilötyössä. Tämä vastaus tukee myös aiemmin esitettyä väittämää AVH-potilaiden seurannasta. Kaikissa vastauksissa ei kuvattu, miten AVH-potilaan seuranta toteutetaan.

Yhteydenotot AVH-sairastuneeseen kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Yhteydenotto AVH-potilaaseen tapahtuu useimmiten puhelimitse (12/17). Puhelinkontakti ei ollut ainoa tapa ottaa yhteys potilaaseen, vaan osalla oli myös vaihtoehtoinen kontakti. Kirjeitse tai sähköpostilla otti yhteyttä 4 yhdyshenkilöä. Yksi vastaajista ilmaisi kontaktin säännöllisinä tapaamisina ja aina suoritettuna kotiutuskäyntinä. Tämä toimintamalli kuulostaa upealta yhteydenotto tavalta. 11 vastaajaa kuvasi olevansa henkilökohtaisesti AVH-sairastuneen kanssa kontaktissa. Kontakti tapahtui joko osastolla toimiessa, kotiutusten yhteydessä, kotikäynnillä tai terapian yhteydessä joko osastolla tai poliklinikalla. Yksi vastaajista ilmoitti yhteydenottotavan vaihtelevan asiakkaan kunnon mukaan. Tässä vastauksessa voi siten kuvitella yhteydenottojen vaihtoehtoja olevan monenlaisia, mutta ei tiedossa.

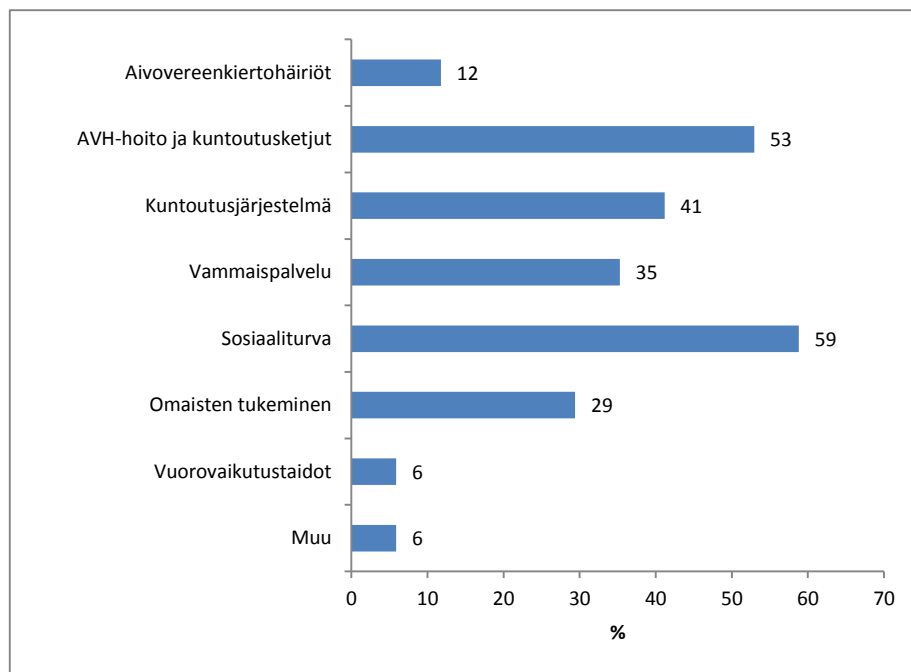
9.1.6 AVH-toiminnan kehittämisajatuksia

Olen hyvin iloinen saadessani 14/17 AVH-yhdyshenkilöltä kehittämisajatuksia. Vain kolmella vastaajalla ei ollut mitään kehittämiseen liittyvää ideointia. Koulutusten lisäämistä toivoi kolme vastaajaa. Yksi vastaaja kohdistaisi koulutuksen henkilöille, jotka ovat AVH-yhdyshenkilötehtävässä vasta-alkajia. Yhteistyö nostettiin esille neljän yhdyshenkilön kehittämistoiveissa. Yhdellä vastaajista yhteistyö oman työparin kanssa oli kehittämisen kohteena. Osalla vastaajista yhteistyö eri organisaatioiden kesken herätti toiveita kehittämisessä. Toiminnan selkeyttäminen ja näkyvyyden lisääminen tuli esiin myös kehittämistoiveissa. Yksi vastaajista halusi kokopäiväiset AVH-yhdyshenkilöt sote-alueelle. Kolmella vastaajalla oli selkeästi toive saada kun-

toutusohjausprosessi yhtenäiseksi sekä selkeämmät ohjeet toimintatavoista. Kahdella yhdyshenkilöllä oli kehittämistoiveissa huomioitu myös resursointi. He halusivat joko saada aikaa työskentelyyn tai resursseja työn tekemiseen. Yksi vastaajista myös korosti, että AVH-yhdyshenkilötyön toteutus soveltuu varsin hyvin osaksi kuntoutuksenohjaajan työtä. Vastaaja ilmaisi myös näkemyksensä, kuinka perusterveydenhuollossa on selkeä tarve kuntoutuksen ohjaustyölle. Vastaajan mukaan *AVH-kuntoutujien lisäksi myös monet muut neurologiset kuntoutujat tarvitsevat vastaavantyyppistä yhdyshenkilötoimintaa ja näiden yhteen kokoaminen onnistuu hyvin kuntusohjaustyössä.*

Mainitsemisen arvoista ovat myös ehdotukset, että halutaan ensitietopäiviä myös muualle kuin Tampereelle. Lisäksi aluekerhujen perustaminen oli yhden vastaajan kehittämistoiveissa. Aluekerhon vetäjäksi vastaaja pohdiskeli vertaisohjaajaa. Kehittämisen kohteina olivat myös vielä tiedonkulun haasteet. Yksi yhdyshenkilö kuvasi kehittämisessä ajatuksen: ”*Asiakas keskiöön ja tiedonkulku eri organisaatioiden välillä paremmaksi.*” Muutamissa kehittämistoiveissa esiintyi paikallista toivetta ja mainittiin paikkakuntien nimiä. Nämä kehittämistoiveet toki paikallisesti tärkeitä, mutta tässä opinnäytetyössä tunnistettavuuden välttämiseksi en mainitse vastaajien paikkakuntia.

Tulevat koulutustarpeet selvitettiin kyselyssä AVH-yhdyshenkilöiltä. Kehittämisenäkökulmassa koulutustarpeet on hyvä kartoittaa, jotta osataan kohdistaa toimijoiden tarpeet oikein. Kuviossa 12 on kuvattuna kyselyssä esiin tulleet koulutustarpeet.



Kuvio 12. AVH-yhdyshenkilöiden koulutustarpeet

9.2 Haastattelun tulokset

Taysin kuntoutusohjaajan haastattelu toteutui 1.9.2015 Tays:n kuntoutuksen vastuuyksikössä. Haastattelu toteutui AVH-yhdyshenkilöille laaditun kyselyn mukaisesti. Nauhoitin haastattelun, minkä pohjalta dokumentointi oli helpompaa. Dokumentoinnissa kuvaan Taysin kuntoutusohjaajan näkemyksiä AVH-yhdyshenkilötoiminnasta sekä toiminnan kehittämisestä. Haastattelussa esiin tulleet seikat tukivat osaksi kyselyn tuloksia. Haastattelussa huomioin, että kuntoutusohjaajalla on pitkäaikainen kokemus sekä näkemys AVH-yhdyshenkilötoiminnasta. Dokumentoinnin tarkistutan kuntoutusohjaajalla tutkimusprosessin aikana.

9.2.1 Kuntoutusohjaajasta

Taysin kuntoutusohjaaja kuuluu neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueeseen. Hänen vastuualueenaan ovat mm. aivoverenkiertohäiriöpotilaat, ALS-potilaat sekä amputaation jälkitilat. AVH-asiakkaiden osuus on noin 60 %. AVH-yhdyshenkilötoimintaan liittyvä työ on yksikössä kuvattuna, mutta ei määrällisesti määriteltynä.

Kuntoutusohjaajana hän on toiminut kymmenen vuotta. Vuodesta 2000 hän on toiminut AVH-yhdyshenkilötoiminnassa. Toiminta on käynnistynyt Aivoliiton, silloisen Aivohalvaus- ja dysfasialiiton projektina, jossa kuntoutusohjaaja toimi jatko-opintoihinsa liittyen projektityöntekijänä. Kuntoutusohjaaja on itsekin toiminut AVH-yhdyshenkilönä ollessaan fysioterapeuttina kuntoutumisosasto 24B:llä Pikonlinnassa. Alueena on 500 000 henkilön väestöpohja, eikä hänellä ole nimettyä varahenkilöä.

9.2.2 Kuntoutusohjaajan keskeiset tehtävät

Seuraavat keskeiset tehtävät koskevat kuntoutusohjaajan toimenkuvaa AVH-potilaiden koordinaattorina. Keskeisimpinä toiminnan osa-alueinaan kuntoutusohjaaja kuvaa lyhyesti toiminnan ylläpitämisen, yhteistyön ja kehittämisen. Toiminnan ylläpitäminen sisältää tietotaidon lisäämistä ja varmistelua siitä, että toiminta on koko ajan käynnissä. Yhteistyötä kuntoutusohjaaja pitää yllä sekä AVH-yhdyshenkilöiden että Aivoliiton kanssa. Yhteistyötä on myös sairaanhoitopiirien kesken. AVH-yhdyshenkilötoimintaa ohjaa kehittämistyöryhmä kuntoutusohjaajan koordinoimana, Kehittämistyöryhmä suunnittelee AVH-toimintaa ja kehittää koulutuksia. Kehittämistyöryhmä suunnittelee koulutukset ja työkokoukset jaideoi toimintaa.

Asiakas tai hänen omaisensa voivat olla yhteydessä kuntoutusohjaajaan. Yhteydenottoja voi tulla myös terveys- ja sosiaalitoimen tai kuntoutuksen parissa toimivilta henkilöiltä. AVH-yhdyshenkilöt tai AVH-potilaita kuntouttavat henkilöt voivat olla kuntoutusohjaajaan yhteydessä. Taysin sisäisiin yhteydenottoihin tulee kuntoutusohjaajan vastata. Kuntoutusohjaaja kokee, että erityisesti toimintakykykartoitukset ovat tärkeitä ja niissä ”asiakkaan äänen” kuuleminen ja huomioiminen.

Kuntoutusohjaaja on AVH-yhdyshenkilöiden konsultaatioapuna AVH-potilaiden kuntoutusprosessissa. Kuntoutusohjaaja tekee tarvittaessa kotikäyntejä ja osallistuu verkostopalaveriin AVH-yhdyshenkilöiden kanssa. AVH-potilaiden asioiden yh-

teenotossa kuntoutusohjaaja ottaa yhteyttä AVH-yhdyshenkilöön ja sovitaan työnjasta. Sopimuksen mukaan kotikäynnin voi tehdä kuntoutusohjaaja yksin, yhdessä yhdyshenkilön kanssa tai yhdyshenkilö tekee käynnin itseksensä. Työjako perustuu terveyskeskusten omiin ohjeistuksiin. Esimerkiksi kodinmuutostöissä Tays:n kuntoutusohjaaja on harvoin mukana, sillä kunnissa fysioterapeutit toteuttavat pääsääntöisesti kodinmuutostyöarviot. Kuntoutusohjaaja on yleensä kuntoutusprosessissa mukana, jos kyseessä on monivaiheista tai ammatillisen kuntoutuksen seurantaan tarvitseva aivoverenkiertohäiriöpotilas.

9.2.3 Toimintaa rajoittavat tekijät haastattelun perusteella

Epikriisin kulkeutumisessa on vielä haastetta. Epikriisin huomioimisessa on ongelmia, kun akuuttiosastolla potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, sijaisilla ei ole aina tietoa epikriisin lähettämisestä. Lisäksi paperittomuuteen pyrkiminen tuo omat haasteensa epikriisin lähettämisessä. Tietoisuus toimintatavoista ei tavoita aina kaikkia. Myös terveyskeskuksissa epikriisin kulkeutuminen edellyttää jatkuvaa päivittämistä. Myöskin uusissa kuntoutumisosastoissa luodaan vielä toimintoja.

Yhteistyökäyntejä AVH-yhdyshenkilötoiminnan juurruttamiseksi ei ole viime aikoina voinut toteuttaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksiin. Vuonna 2013 kuntoutusohjaaja teki tilaajarenkaittain käyntejä kehittämisteemalla. Kehittämistoimenpiteet koettiin erittäin hyödyllisiksi ja ajatuksena oli, että jatkossa kuntien yhdyshenkilöt voisivat itse järjestää yhteistoimintaa

Kuntoutusohjaajan mielestä kolme AVH-yhdyshenkilötoimintaa rajoittavaa seikkaa ovat työnjakokysymys, huoli seurannan toteutumisesta sekä vähäiset yhteydenotot kunnista. Työnjakokysymyksessä kuntoutusohjaaja pohtii alueiden yhdyshenkilöiden roolia paikallisesti. Alueella on 23 yhdyshenkilöä perusterveydenhuollossa ja kaikilla erilaiset resurssit toimia. Lisäksi kuntoutusohjaajalla on aito huoli siitä, että toteutuu ko AVH-potilaiden seuranta kolmen kuukauden sisällä kotiutumisesta ja sen jälkeinen jatkoseuranta sekä Käypä hoito-suositusten mukainen pitkäaikaissuranta. Vähäisten yhteydenottojen vuoksi Taysin kuntoutusohjaajan on vaikeaa arvioida, hoitu-

vatko ohjaus ja seuranta hyvin. Tämä huoli ei kosketa kaikkia kuntia. Hänen mielestään avoterapeutit ottavat kuntoutusohjaajaan enemmän yhteyttä kuin yhdyshenkilöt.

9.2.4 Toiminnan sujuminen haastattelun perusteella

Taysin kuntoutusohjaaja kuvaa, että yksilötasolla yhteistyö on helppoa ja hyvää. AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyöryhmän toiminnan hän kokee hyvin oleelliseksi. Järjestön kanssa yhteistyö toimii erinomaisesti ja lähiesimieheltä on erinomainen tuki työlle. Kuntoutusohjaajan sanoin ” *työ, mikä toteutetaan, on helpoa ja hedelmällistä. Ei koskaan turhaa eikä päällekkäisyyttä* ”.

Kuntoutusohjaajan mukaan AVH-yhdyshenkilötoiminta on paikallista kuntoutusohjausta. Yhdyshenkilön tehtäviin kuuluvat ohjaus ja neuvonta kuntoutussuunnitelmien päivitys ja yhteistyö palvelusuunnitelmien osalta muiden kunnan työntekijöiden kanssa.

Kuntoutusohjaaja kuvaa yleisesti kuntoutusohjaajia sairauden asiantuntijoiksi asiakkaan asioiden hoidossa. Sairauksien asiantuntijoina kuntoutusohjaajat osaavat tehdä oikeat kysymykset toimintakyvyn kartoituksessa. Toimintakyvyn kuvaus on tärkeää ja se on hyvä kuvata tarkkaan.

9.2.5 Toiminnan kehittämisajatuksia kuntoutusohjaajan näkökulmasta

Kuntoutusohjaajalla on luonnollisesti paljon kehittämisajatuksia. Hän on ollut mukana koko toiminnan ajan hieman eri rooleissa. Yhtenä kehittämisajatuksena hän kuvaa työnjaon. Työnjako pitää saada selkeäksi. Myös AVH-yhdyshenkilö -nimikkeen kuvaavuutta kuntoutusohjaaja on miettinyt eri yhteistyötahojen kanssa. Hän pohtiikin, onko nimike oikea ja kuvaako se riittävästi toimintaa. AVH-yhdyshenkilön saaminen viralliseksi toimijaksi AVH-potilaan hoitoketjuun kuuluu myös kuntoutusohjaajan kehittämistoiveisiin.

AVH-yhdyshenkilön roolin kirkastaminen ja vahvistaminen yleisesti on myös kuntoutusohjaajan kehittämistoiveissa. Yhdyshenkilön roolin korostamista voisi kuntoutusohjaajan mukaan lisätä esimerkiksi näkyvyytenä kunnan nettisivuilla. Kokonaisuudessaan AVH-tietämystä pitäisi kunnissa lisätä. Myös esitteen laatiminen AVH-yhdyshenkilö toiminnasta on kuntoutusohjaajan kehittämislistalla. Esite, jossa olisi selkeästi mainittuna viitteellinen toimenkuva yhdyshenkilölle

Koulutustarpeet käsiteltiin myös haastattelussa. Kouluttautumistoiveisiin vaikuttaa, AVH-yhdyshenkilön kokemus ja ammatti. Kuntoutuskäytännöissä on tapahtunut paljon muutoksia viime aikoina. Yhdyshenkilöt tarvitsevat perustietoa kuntoutusjärjestelmistä ja järjestelmien muutoksista. Kuntoutusohjaaja näkee myös tarpeellisen tiedon lisäämisen järjestön toiminnasta. (Riitta Sjögren henkilökohtainen tiedonanto 1.9.2015.)

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Johtopäätökset

Kyselyn tulokset sekä kuntoutusohjaajan haastattelussa esiin tulevat asiat tukevat toisiaan. AVH-yhdyshenkilötoiminnasta on olemassa käsikirja, jossa on kirjattuna viitteellinen toimenkuva. Tulosten mukaan jokaisella yhdyshenkilöllä on hieman erilainen käsitys yhdyshenkilötoiminnan sisällöstä ja painopistealueista. Erilaisiin käsityksiin vaikuttaa varmasti AVH-yhdyshenkilöiden oma näkemys tehtävistä, heidän työkokemuksensa sekä oman terveyskeskuksen toimintakulttuuri. AVH-yhdyshenkilöt sekä Tays:n kuntoutusohjaaja ovat yhtä mieltä siitä, että kehittämis-toimenpiteitä kaivataan sekä näkyvyyttä toiminnalle. AVH-yhdyshenkilötoiminnan virallistaminen AVH-potilaan hoitoketjuun voisi olla yksi toimintaa yhtenäistävä tekijä. Olisi myös tärkeää, että yhdyshenkilöt voisivat toimia viitteellisen tehtäväkuvan mukaisesti, arvostaisivat tehtävää ja hakisivat arvostusta toiminnalle myös organisaatiotasolla.

Tutkimuskysymyksiin sain vastauksia ainakin osittain. Tutkimuskohteina oli kuntoutusohjausprosessin toimivuus sekä toimijoiden välisen yhteistyön sujuminen. Kuntoutusohjausprosessissa näkyi toiminnan hajanaisuus, mikä ehkä oli osin jo tiedossa. Tulokset tukivat toimijoiden käytännön tuntemusta. On ollut myös tiedossa toiminnan yhtenäistämisen tarve, mikä tulosten perusteella tuli todennetuksi. Yhteistyön osalta tutkimustulokset tukevat Tays:n kuntoutusohjaajan näkemystä asiasta. Yhteydenottoja on vähäisesti, mutta toisaalta yhteistyö henkilötasolla on toimivaa. AVH-yhdyshenkilöt kokevat myös yhteistyön ongelmalliseksi organisaatorajapintojen kohdalla sekä eri ammattiryhmien välillä. Selkeä toimenkuva ja riittävä resusointi mahdollistaisivat yhdyshenkilöille myös yhteistyön huomioon heidän yhdyshenkilö -roolissaan paremmin. Hyvä AVH-yhdyshenkilötoiminta edellyttää, että toimijoilla on sekä oikeudet että mahdollisuudet suorittaa tehtävänsä.

Tutkimuskysymyksenäni oli myös, miten AVH-yhdyshenkilöt voivat toteuttaa kuntoutusohjauksellista työtään perusterveydenhuollossa. Lisäksi halusin selvittää, minäkalaisia esteitä toiminnalle on ja miten yhdyshenkilöt haluavat toimintaa kehittää. Tuloksissa AVH- yhdyshenkilöt kuvasivat hyvän AVH-toiminnan esteitään sekä kirjasivat hyvin myös kehittämistarpeita. Kehittämistarpeiden kuvaaminen mielestäni osoittaa yhdyshenkilöiden sitoutumista toiminnan kehittämiseen sekä motivoituneisuutta toiminnan ylläpitämiseen.

AVH-yhdyshenkilötoiminnan kuvauksessa oli paremmat tulokset niissä tehtävissä, joihin yhdyshenkilöillä itsellään oli mahdollista vaikuttaa. Oman työn hallintaa kuvaa esimerkiksi kirjaaminen. Vastaajista 63 % kirjaa säännöllisesti yhteydenottonsa AVH-asiakkaaseen. Myös yhteydenpito asiakkaaseen toimii. 59 % vastaajista ottaa AVH-sairastuneeseen yhteyttä kolmen kuukauden sisällä. Vastauksessa ei tosin käy ilmi, jos osa yhdyshenkilöistä ottaakin yhteyttä asiakkaaseen hieman eri aikataululla. Konsultaatiomahdollisuuteen yhdyshenkilöt voivat myös vaikuttaa itse. 82 % vastaajista ovatkin joko täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että konsultaatiomahdollisuus on tehty helpoksi Tays:n kuntoutusohjaajan kanssa. AVH-yhdyshenkilöillä on myös mahdollista vaikuttaa yhteistyöhön esimerkiksi aluekerhojen kanssa. Yhteydenpito on myös kirjattuna käsikirjaan. Vastausten perusteella yhteydenpito jää lähinnä vierailuiksi aluekerhoissa (poikkeuksena yksi yhdyshenkilö, joka toimii vetäjänä). Aluekerhotoiminnalla voisi olla merkitystä näkyvyyden lisää-

misessä. Aluekerhoissa voisi olla myös hyvät mahdollisuudet ohjaukseen ja neuvontaan aivoverenkiertohäiriöitä koskeissa asioissa. Kerhotoiminnan kehittämistä voisi kyllä huomioida, vaikka se ei kehittämistoiveissa isossa roolissa näkynyt.

AVH-yhdyshenkilötoiminnassa on myös paljon tekijöitä, joihin yksittäinen yhdyshenkilö ei suoranaisesti voi vaikuttaa. Resursointi on yksi tärkeä toimintaan vaikuttava tekijä. 82 % vastaajista käyttää kuukausittain toimintaan aikaa 0 -5 tuntia. Asiakkaita on vuodessa 47 % vastaajista 0 -10. Näissä asiakaslukuissa ei ilmeisesti ole mukana myöhäisvaiheen seurantaan kuuluvat asiakkaat kunnissa. Samoin kontaktit moniammatillisissa palaverissa tai kotiutuspalaverissa luulisi nostavan asiakaslukuja. Kotiutuspalaverikäytännöissä on varmasti erilaisuutta ja ne jokaisen terveyskeskuksen toimintakulttuurin mukaisia. 41 % vastaajista ei osallistunut kotiutuspalaveriin ja sama määrä osallistui vain joksseenkin. Ainoastaan kaksi vastaajaa ilmoitti osallistuvansa kotiutuspalaveriin omassa kunnassaan. Jatkohoitopaikoissa ei AVH-yhdyshenkilöillä ollut juurikaan mahdollisuutta osallistua kotiutuspalaveriin. Kotikäynteihin puolestaan osallistutaan. 59 % vastaajista osallistuu täysin tai joksseenkin samalla mielipiteellään kotikäynteihin AVH-sairastuneilla. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuu 53 % vastaajista joko täysin tai joksseenkin samalla mielipiteellä. Palvelusuunnitelmien teossa eivät AVH-yhdyshenkilöt vastausten perusteella ole mukana.

AVH-yhdyshenkilötoiminnassa on hyvä huomioida myös toimijoiden työn arvostus ja näkyvyys. Vastausten perusteella tietoisuus toiminnasta ja sen näkyvyys ovat huonoa. 64 % vastaajista on sitä mieltä, että heidän toimenkuvaa ei ole selkeästi kirjattuna omassa organisaatiossa. Tehtäväjako yhdyshenkilön ja työparin kesken ei myöskään ole aivan selkeä. Vastaajista vain neljä oli sitä mieltä, että työnjako työparin kanssa on selvää. Organisaation tukea kaivataan. Lähiesimiehen tuki kuitenkin yhdyshenkilöiden mielestä parempi.

Tuloksista selvisi myös, että yleinen tietämys Käypä hoito-suosituksista on epäselvää. Kukaan vastaajista ei vastannut olevansa täysin selvillä Käypä hoito-suositusten toteutumisesta AVH-potilaiden seurannassa omassa terveyskeskuksessaan. 47 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä Käypä hoito-suositusten toteutumisesta, mikä ehkä kertoo epävarmuudesta tai tietämättömyydestä. Myös myöhäisvaiheen kun-

toutuksen osalta vain yhdellä vastaajalla oli selkeä näkemys siitä, että se toteutuu. Ensimmäisen vuoden kuntoutustarpeet olivatkin paremmin AVH-yhdysenkilöillä tiedossa. 88 % vastaajista oli täysin tai osittain sitä mieltä, että AVH-potilaiden ensimmäisen vuoden kuntoutus toteutuu kunnassa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

AVH-yhdysenkilötoiminnan kehittämistarpeet tukevat Tays:n kuntoutusohjaajan näkemyksiä. Työajan selkeys korostui yhdysenkilöiden kehittämistarpeissa. Näkyvyyden tavoittelu tuli esiin sekä AVH-yhdysenkilöiden vastauksista sekä Tays:n kuntoutusohjaajan vastauksista. AVH-tietämystä tulee viedä kunnissa eteenpäin. Markkinoinnin keinoja onkin hyvä kehittämissyöryhmässä pohtia. Yhteistyötä tulee myös kehittää, ei pelkästään henkilötasolla, vaan myös organisaatioiden rajapinnoilla sekä organisaatioiden sisällä. Hyvä yhteistyö ja toiminnan sujuminen vaikuttavat AVH-sairastuneen elämän laatuun ja arjen toimivuuteen. Myös koulutustarpeet olivat molemmilla yhteneväiset. Halutaan tietoa kuntoutusjärjestelmästä ja sen muutoksista. Koulutus koetaan tärkeäksi ja se mahdollistaa AVH-yhdysenkilöiden työn hallinnan.

Opinnäytetyötäni vastaavia tuloksia ovat saaneet myös muut ammattikorkeakoulu tasoiset tutkimukset. 2008 vuodelta on Satakunnan ammattikorkeakoulussa tehty tutkimus, jossa tutkittiin AVH-potilaan kuntoutusohjausprosessia Satakunnassa. Tutkimuksen kohteena olivat myös AVH-yhdysenkilöt. Tutkimuksessa löytyi samoja kehittämistoiveita, kun tutkimukseni kysely tuotti. Kehittämistoiveina tutkimuksen mukaan oli koulutus, työajan huomiointi sekä seurantamenetelmät. (Henriksson 2008.)

Hämeen ammattikorkeakoululta on tutkimus, joka liittyi AVH-yhdysenkilötoimintaan potilaan näkökulmasta. Julinin tutkimustyö vuodelta 2012 kuvasi AVH-potilaiden kokemuksia toteutuneesta yhteistyöstä alueensa AVH-yhdysenkilön kanssa. Tutkimus oli kysely, jossa kartoitettiin AVH-yhdysenkilön roolia kuntoutuksessa ja sen suunnittelussa. Tutkimuksen kohteena olivat yhdysenkilön tarpeellisuus sekä myös ohjaustapahtumien tunnelma. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että AVH-yhdysenkilötoiminta ei ole tuttua potilaille, vaikka heidän rooli kuntoutuksessa koettiin tärkeäksi. (Julin 2012.)

AVH-yhdyshenkilötoimintaa on tutkittu hieman eri näkökulmista. Toiminnan kehittämiseen on ehkä hieman vähemmän tiedossa olevia toimenpiteitä. AVH-yhdyshenkilötoiminta on hyvä toimintaa ohjaava malli, joka huomioi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita ja heidän tarpeitaan. Yhteiskunnallinen näkökulma prosessin hyödyissä on myös huomioitava. Tarvitaan rohkeita ja omaan toimintaansa uskovia ihmisiä viemään kehittämistyötä eteenpäin. Uskon, että opinnäytetyöni antaa Pirkanmaalla AVH-yhdyshenkilötoiminnan kehittämistyöryhmälle joitakin näkökulmia kehittämistyöhön.

10.2 Pohdinta

Opinnäytetyö prosessina oli mielenkiintoinen, mutta myös haastava. Tutkimukselliseen näkökulmaan saimme oppia, mutta vähäinen käytännön kokemus tutkimisesta toi omat haasteensa prosessille. Prosessin tässä vaiheessa voisi ajatella nyt harjoitteleensa, jotta seuraava tutkimus/opinnäytetyö olisi helpompi toteuttaa. Tutkimusaiheen tulee olla ajankohtainen ja kiinnostava. Tutkimusaiheen tulee myös palvella työelämää, jotta prosessin työstämisessä säilyy mielekkyys. Minulla opinnäytetyön aihe oli kiinnostava ja palvelee myös työelämää. Aiheen valinnassa koen siten onnistuneeni. Käytännön toteutuksessa kokemattomuus kyllä näkyi. Erityisesti tutkimuslupien hakeminen ja kysymyslomakkeen laatiminen olivat haastavia osioita.

Tutkimukseni tausta ajatuksena oli todentaa kuntoutusohjauksen tarpeellisuus perusterveydenhuollossa. Valmiin prosessin kuvaus ainakin mielestäni osoittaa, että kuntoutusohjauksellisen näkemys on tarpeen perusterveydenhuollossa. AVH-potilaan kuntoutusohjausprosessia voi pitää mallina muille vastaaville asiakasryhmille perusterveydenhuollossa. Kunnilla on perusterveydenhuollon toteuttamisen vastuu. Kunnat ostavat erikoissairaanhoidon palvelut osana terveyden ja sairaanhoitoa. Kuntien omaksi työksi jää kaikki se, mikä ei kuulu erikoissairaanhoidon vastuulle. Tutkimuksen mukaan (VAKE) aivoverenkiertohäiriöiden seuranta on pääasiallisesti perusterveydenhuollon vastuulla. Prosessin kehittämisessä voisi toivoa, että perusterveydenhuolto myöskin ottaa toiminnallisen vastuun näiden asiakkaidensa tarpeissa.

Tutkimuksen tarkoituksena on aina saada mahdollisimman luotettavaa tietoa. Omasa opinnäytetyössäni ajattelen mitanneeni oikeita asioita tutkimusongelman kannalta (validiteetti). Kysymykset pyrin laatimaan niin, että ne vastaavat AVH-yhdyshenkilöille laaditun käsikirjan sisältöä sekä viitteellistä toimenkuvaa. AVH-yhdyshenkilöiden omilla käsityksillä eri tehtäviensä toteutumisesta oli mahdollista kuvata, kuinka yhdyshenkilöt voivat tehtävänsä hoitaa. Tutkimukseni tulosten pysyvyyttä eli toistettavuutta (reliabiliteetti) on hieman vaikeampi arvioida. Toistettavuudessa ainakin kyselylomakkeen uudella käytöllä voisi olettaa saavan samoja vastauksia. Kuitenkin tutkittava joukko voi olla vaihtuva. AVH-yhdyshenkilöt eivät ole pysyvästi aina samoja henkilöitä. Työtehtävien muutos tai työpaikan vaihdos voivat olla syynä AVH-yhdyshenkilön vaihtumiselle. Lisäksi kyselylomakkeen vaihtoehtoväittämissä on mahdollista, että vastaajat käsittävät väittämät myös eri tavalla.

Tutkimuksessa voi määritellä myös ns. sisäistä validiteettia. Sisäinen validiteetti kuvaa oikeaa syy-seuraus-suhdetta. Aineistossani ei ollut muuttujia, joita olisi voinut ristiintaulukoida, joten työssäni ei voida ajatella tekijöitä, joilla olisi sisäinen validiteetti. Ulkoinen validiteetti liittyy puolestaan saatujen tulosten yleistettävyyteen. Yleistettävyys on kunnossa, kun otos vastaa populaatiota. Tutkimukseeni vastasi 74 % perusterveydenhuollon AH-yhdyshenkilöistä Pirkanmaalla. Voidaan ajatella, että yhdyshenkilöt ovat tietty populaatio, josta on hyvä otos tutkimuksessani.

Opinnäytetyöni tulokset pyrin dokumentoimaan ja kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti. Tutkimustulokset sekä prosessin kuvauksen olen pyrkinyt dokumentoimaan mahdollisimman tarkasti ja koko prosessi pohjautuu opinnäytetyön teoriaan.

Tutkimussuunnitelmassani pohdin tutkimukseni eettisiä ratkaisuja. Tutkimuksen tarkoituksessa tulee miettiä, miten tutkimusasetelma parantaa tutkittavana olevien tilannetta. Minulla oli tutkittavana kuntoutusohjausprosessi AVH-potilailla. Uskoisin, että AVH-potilaiden kokonaiskuntoutus paranee, kun toiminnan kehittäminen jatkuu tutkimukseni jälkeen kehittämistyöryhmässä. Tutkimusluvan saaminen liittyy myös tutkimuksen eettisyyteen. Ammattikorkeakoulun säännökset osaltaan huolehtivat siitä, että tutkimuslupa on jokaisella opiskelijalla ennen tutkimustyöhön ryhtymistä.

Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan kasvatti minua ammatillisesti. Teoreettisen viitekehyksen avulla jäsensin tietämystäni AVH-potilaan kuntoutusohjausprosessissa. Työskentely on antanut minulle ajatuksia yleensä prosessien merkityksestä. Prosessien ja tehtävien kuvaaminen on tärkeä osa toimintakäytäntöjä. Ilman selkeitä kuvauksia toiminnot ovat sattumanvaraisia. Selkeyttä kohti on hyvä tavoitella.

LÄHTEET

Aivohalvaus, tutkimus ja hoito-ohjelma.1979. Suomen itsenäisyyden juhluvuoden 1967 rahasto. Helsinki

Ammattinetin www-sivut. Viitattu 3.9.2015. <http://www.ammattinetti.fi>

AVH-yhdyshenkilön käsikirja 2008. Tays

Henriksson, M.2008. AVH-yhdyshenkilön rooli AVH-potilaan kuntoutusohjausprosessissa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.10.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200806242782>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 5.uud.p. Helsinki: Tammi

Julin, M. 2012. AVH-yhdyshenkilötoiminta potilaan näkökulmasta. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.10.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202021848>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.uud.p. Helsinki: Tammi

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Järvikoski, A & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja – alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Erikoissairaanhoitolaki. 1989. 1.12.1989/1062. Viitattu 30.8.2015

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen Mahdollisuudet. Helsinki: WSOY

Käypähoitosuositukset www-sivut. Viitattu 30.8.2015

Pihlaja, P.2004. Tutkielman ongelman ratkaiseminen. Lahti: Soceda.

Piirainen, K. & Kallanranta, T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Sjögren, R. 2015. Kuntoutusohjaaja, Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 1.9.2015.

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2007. Neurologia. Jyväskylä. Gummerus.

E-KYSELYLOMAKE WORD-VERSIONA AVH-YHDYSHENKILÖILLE

Huomio: Mielipidekysymyksissä, jokaisessa vaihtoehdossa selitysosio on tehty E-kyselyyn.

Toukokuu 2015/ Tuija Lindholm kuntoutuksen ohjaaja opiskelija

Kyselylomake perusterveydenhuollon AVH-yhdyshenkilöille.

Vastaa kysymyksiin AVH-yhdyshenkilö - roolissasi.

AVH-yhdyshenkilön taustatiedot

1. Mikä on ammattinimikkeesi? _____
2. Missä työpisteessä työskentelet? _____
3. Kuinka kauan olet toiminut AVH-yhdyshenkilönä? _____
4. Kuinka suuri väestöpohja alueellasi on? _____asukasta
5. Sinulla on nimetty työpari; kyllä _____ ei _____ ammatti _____

AVH-yhdyshenkilötoiminta

6. Kirjaa kolme keskeistä tehtävää AVH-yhdyshenkilötoiminnassasi:

7. Kuinka paljon työajastasi kuluu AVH-yhdyshenkilötoimintaan kuukaudessa?
1) 0-5 tuntia 2) 6 -10 tuntia 3) 11–40 tuntia 4) 41 -100 tuntia 5) yli 100 tuntia

8. Kuinka monen AVH-asiakkaan kanssa olet ollut yhteydessä viime vuoden aikana?

- 1) 0 -10 asiakasta
- 2) 11 - 20 asiakasta
- 3) 21 -30 asiakasta
- 4) 31 -40 asiakasta
- 5) yli 40 asiakasta

9. Kuinka monen asiakkaan asioissa olet ollut yhteydessä Tays:n kuntoutusohjaajaan viime vuoden aikana? 1) 0 – 5 asiakasta

- 2) 6-10 asiakasta
- 3) 11–15 asiakasta
- 4) yli 15 asiakasta

jos olet ollut niin minkälaisissa asioissa? _____

10. Miten pidät yhteyttä AVH-sairastuneeseen?

11. Toimiiko alueellasi paikallinen AVH-aluekerho? _____

12. Miten toimit yhteistyössä aluekerhon kanssa?

Rastita seuraavista väittämistä mielestäsi kuvaavin vaihtoehto.

1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 en samaa enkä eri mieltä,

4 jokseenkin samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

13. AVH-yhdyshenkilötoiminnan tehtävät on kirjattu selkeästi terveyskeskuksesi.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

14. Työnjako työparini kanssa on selkeää.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

15. AVH-yhdyshenkilötoiminta tunnetaan kunnassani hyvin.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

16. AVH-sairastuneen epikriisi kulkeutuu minulle sujuvasti Tays:sta

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

...jos ei niin miksi? _____

17. AVH-sairastuneen epikriisi kulkeutuu minulle sujuvasti Vals:sta

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

... jos ei niin miksi? _____

18. AVH-sairastuneen epikriisi kulkeutuu minulle sujuvasti Hatanpäältä.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

... jos ei niin miksi? _____

19. AVH-sairastuneen epikriisi kulkeutuu minulle sujuvasti Tammenlehväkeskuksesta.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

... jos ei niin miksi? _____

20. AVH-sairastuneen seuranta toteutuu 3kk:n sisällä kotiutuksesta.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

21. Olen mukana AVH-sairastuneen kotiutuspalavereissa omassa terveyskeskuksessani.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

22. Olen mukana AVH -sairastuneen kotiutuspalavereissa jatkohoitopaikoissa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

23. Kirjaan systemaattisesti potilastietojärjestelmään yhteydenottoni AVH-asiakkaaseen.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

24. Olen mukana AVH-sairastuneen asunnonmuutostyöarvioinneissa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

25. Olen mukana AVH-sairastuneen moniammatillisessa yhteistyöpalaverissa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

26. Olen mukana AVH – sairastuneen kuntoutussuunnitelman laatimisessa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

27. Olen mukana AVH-sairastuneen palvelusuunnitelman laatimisessa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

28. Konsultaatiomahdollisuus Tays:n kuntoutusohjaajaan on tehty helpoksi.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

29. Teen Tays:n kuntoutusohjaajan kanssa yhteisiä kotikäyntejä.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

30. Pidän tärkeänä yhteisiä kotikäyntejä Tays:n kuntoutusohjaajan kanssa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

31. AVH-sairastuneen kuntoutuksen seuranta tapahtuu kunnassani käypähoitosuositusten mukaisesti.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

32. AVH-sairastuneiden myöhäisvaiheen kuntoutus toteutuu käypähoitosuositusten mukaisesti kunnassani.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

33. AVH – asiakkaiden kokonaiskuntoutuksen tarve on huomioitu kunnassani.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

34. Kunnassani AVH-asiakkaiden avokuntoutus toteutuu yksilöllisten tarpeiden mukaisesti ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

35. Kelan hyvän kuntoutuskäytännön periaatteet AVH -sairastuneen osalta ovat minulle tuttuja.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

36. AVH-yhdyshenkilötoimintaan on organisaation johdon tuki.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

37. Lähi-esimieheni tukee AVH-yhdyshenkilötoimintaa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Avoimesti AVH -yhdyshenkilötoiminnasta

38. Listaa kolme asiaa, jotka mielestäsi estävät hyvää AVH-yhdyshenkilötoimintaa.

39. Kerro myös mikä mielestäsi toimii erityisen hyvin.

40. Kerro vapaasti kehittämisajatuksiasi.

41. Koulutustarpeeni AVH-yhdyshenkilönä?

- Aivoverenkiertohäiriöt, erityisesti_____
- AVH-hoito ja kuntoutusketjut_____
- Kuntoutusjärjestelmä_____
- Vammaispalvelu_____
- Sosiaaliturva, erityisesti_____
- Omaisten tukeminen_____
- Vuorovaikutustaidot_____
- Muu mikä?_____

42. Onko työparillasi mahdollisuus päivittää AVH-tietämystä?
